

La enfermería frente al espejo: mitos y realidades

Juan F. Hernández Yáñez

Documento de trabajo 162/2010



Juan F. Hernández Yáñez

Licenciado en Sociología (UCM, 1981), funcionario de carrera en excedencia del Cuerpo Superior Facultativo de Sociólogos de la Junta de Andalucía, ha ocupado, entre 1983 y 1995, diferentes posiciones en el Insalud (Asesor Técnico), el Servicio Andaluz de Salud (director de Planificación y Control de Recursos Humanos) y la Consejería de Salud de la Comunidad de Madrid (director general de Análisis y Estudios). Desde 1996, es consultor en organizaciones y servicios y director de desarrollos en Eryba Estudios de Mercado SL. Ha sido consultor, dentro del sector sanitario, para el Ministerio de Sanidad y Consumo, la Organización Mundial de la Salud y diversos servicios de salud, centros hospitalarios y organizaciones profesionales sanitarias. Es profesor colaborador permanente de la Escuela Nacional de Sanidad desde 1991 y autor del documento de trabajo 127/2007 de la Fundación Alternativas, “Propuesta de organización corporativa de la profesión médica”.

Ninguna parte ni la totalidad de este documento puede ser reproducida, grabada o transmitida en forma alguna ni por cualquier procedimiento, ya sea electrónico, mecánico, reprográfico, magnético o cualquier otro, sin autorización previa y por escrito de la Fundación Alternativas.

© Fundación Alternativas

© Juan F. Hernández Yáñez

ISBN: 978-84-92957-30-9

Depósito Legal: M-30218-2010

Contenido

Resumen ejecutivo	5
1. La profesión de enfermería hoy	7
1.1 La crisis de crecimiento de la enfermería	7
1.2 Los roles ampliados de la enfermería: ¿una nueva dirección?.....	12
1.3 El caso de la prescripción enfermera	17
1.4 Los nuevos roles y sus efectos en los mapas profesionales	19
1.5 Algunas claves para distinguir los mitos y las realidades	24
1.6 El futuro: nuevas oportunidades, nuevas responsabilidades	27
2. La larga marcha de la enfermería española: de ocupación a profesión	30
2.1 Del franquismo a la democracia.....	30
2.2 El lustro de oro de la enfermería española	31
2.3 La travesía del desierto	35
2.4 La posición de imagen de la enfermería española.	38
3. La enfermería española de hoy	42
3.1 La dimensión cuantitativa: demografía profesional	44
3.2 Los desarrollos recientes (2005-2010).....	51
4. Algunas conclusiones y sugerencias para el debate	66
Bibliografía	73
Índice de Tablas	83

Siglas y abreviaturas

ATS	Ayudante técnico sanitario
BOE	Boletín Oficial del Estado
CC AA	Comunidades autónomas
CGE	Consejo General de Enfermería
CISNS	Comisión Interterritorial del Sistema Nacional de Salud
EEES	Espacio Europeo de Educación Superior
EESRI	Encuesta de Establecimientos Sanitarios en Régimen de Internado
EIR	Enfermera/o interna/o y residente
EPA	Enfermería de práctica avanzada
EUE	Escuela Universitaria de Enfermería
FUDEN	Fundación para el Desarrollo de la Enfermería
INE	Instituto Nacional de Estadística
LOPS	Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias
MIR	Médico interno y residente
MSPS	Ministerio de Sanidad y Políticas Sociales
NGP	Nueva Gestión Pública (<i>New Public Management</i>)
NHS	<i>National Health Service</i>
NMC	<i>Nurse and Midwifery Council</i> (Reino Unido)
NP	<i>Nurse Practitioner</i> (enfermera facultativa o clínica)
OMC	Organización Médica Colegial
OMS	Organización Mundial de la Salud
RD	Real Decreto
SNS	Sistema Nacional de Salud
UCD	Unión de Centro Democrático

La enfermería frente al espejo: mitos y realidades

Juan F. Hernández Yáñez

Consultor en organizaciones y servicios
Director de desarrollos en Eryba Estudios de Mercado SL

El documento trata de contextualizar y documentar la situación actual de la profesión enfermera en los países desarrollados, con un interés especial en la enfermería española. A día de hoy, la profesión parece encontrarse inmersa en una seria crisis de identidad. Después de haber experimentado una fase de fuerte desarrollo, especialmente durante los últimos treinta años del siglo pasado, reconoce hoy que las decisiones que debe afrontar para asegurarse un futuro de renovado crecimiento profesional van a enfrentar sus dos almas: la que sabe que debe explorar nuevos territorios profesionales, aunque en buena medida sean territorios tradicionalmente médicos, y la que quiere permanecer fiel a su identidad tradicional de profesión femenina basada en el cuidado como *ethos* específico.

Muchas enfermeras piensan que el nuevo horizonte profesional que le ofrece una enfermería de práctica avanzada sólo es posible si renuncian a unas señas de identidad trabajosamente construidas y en torno a las cuales articuló la ideología enfermera que funcionó perfectamente como instrumento básico de socialización de las nuevas generaciones en los valores tradicionales con un fuerte componente humanitario y social. Pero, al tiempo, cada vez más enfermeras sienten que no deberían renunciar a un papel más cualificado, independiente y visible, ni al progreso de sus carreras profesionales y sus niveles retributivos. Es decir, que piensan que es posible convertir a la enfermería en una profesión, ni dependiente ni independiente, sino interdependiente y respetada en sus roles y funciones específicos, sean éstos competencias médicas delegadas o desarrollos propios de la enfermería.

La enfermería española no es ajena a este debate. En el documento se resume su proceso de transición, de ocupación a profesión, con dos momentos de extraordinario desarrollo (1983-1987 y desde 2005), entre los cuales se vivió un largo período de abandono durante el cual las viejas élites progresistas fueron sustituidas por los sectores más conservadores de la profesión. La fase actual de crecimiento se concreta en tres desarrollos recientes: el acceso al grado universitario de los estudios consecuencia del Proceso de Bolonia, el desarrollo efectivo de nuevas especialidades enfermeras, paralizadas desde 1987, y la prescripción enfermera, el reconocimiento legal de su capacidad para recetar productos sanitarios y ciertos medicamentos.

En definitiva, la tesis del documento es que las posibilidades de desarrollo de la enfermería española como profesión respetada y con personalidad propia deberían residir en su capacidad para realizar una oferta de servicios profesionales sólida y creíble, ajustada a las verdaderas necesidades del Sistema Nacional de Salud (SNS) y no de sus propias élites, ni siquiera de la profesión como ente abstracto, aunque lo más probable es que se tienda a realizar un mero aprovechamiento oportunista de los espacios que la bondad del regulador tenga a bien seguir abriendo. Un cambio de mentalidad requiere, sin embargo, un relevo generacional en todos sus niveles y organizaciones corporativas que posibilite la aparición de nuevos liderazgos intelectuales y morales.

El documento aporta algunas sugerencias o propuestas para el debate:

- El SNS debería abordar políticas estratégicas comunes sobre desarrollo profesional que no se limiten a abordar, por acuciantes que sean o parezcan, los problemas de demografía profesional, sino que traten de dar una respuesta más global, de rediseño de los mapas profesionales a partir de las aportaciones potenciales, cuantitativas y cualitativas, de todas las profesiones y ocupaciones sanitarias.
- Las profesiones sanitarias españolas deberían plantearse el objetivo a medio plazo de ser capaces de constituir un foro de debate estable institucionalizado sobre su futuro, sus aportaciones y sus expectativas.
- Las élites enfermeras deberían reconocer la necesidad de acometer un proceso extensivo e intensivo de relevo generacional.
- La enfermería debería abrir un proceso de reflexión sobre las oportunidades y amenazas de los nuevos desarrollos, cuestionando el *marketing* político con el que las viejas élites adornan sus retóricas. En primer lugar, porque estos nuevos desarrollos distarán mucho de ser igualitarios y, en segundo lugar, porque existe el riesgo de que las nuevas tareas y funciones sean las que le sobren a la medicina, más que las que le falten a la enfermería.
- La adaptación al Espacio Europeo de Educación Superior debe suponer que los planes docentes den un tratamiento adecuado a la formación en las nuevas competencias profesionales que van a ir incorporando las enfermeras, aunque aparentemente contradigan las señas de identidad tradicionales que ha venido perpetuando la ideología enfermera dominante.
- Las administraciones sanitarias y educativas deberían asumir la necesidad de analizar conjuntamente los desarrollos del posgrado y las especialidades enfermeras y tratar de unificarlos dentro de unos esquemas generales de desarrollo profesional.
- En cuanto a la prescripción enfermera, los desarrollos normativos estatales deberían adoptar una visión facilitadora de desarrollos específicos de los servicios de salud autonómicos, amparándolos normativamente en un reglamento de mínimos que garantice la calidad y seguridad de la asistencia sanitaria.
- Finalmente, potenciar un mayor desarrollo de los servicios sociosanitarios debería suponer una apuesta estratégica nuclear de la enfermería, en la que su liderazgo en torno a una mayor cualificación directiva y asistencial sería su principal aportación a un sector tan necesitado de ello.

1. La profesión de enfermería hoy

1.1 La crisis de crecimiento de la enfermería

Todas las ocupaciones, excepto, si acaso, aquéllas que se desarrollan desde el principio como consecuencia de procesos de subespecialización dentro de otras, adquirieron en su momento reconocimiento social porque su desarrollo respondía a la necesidad de profesionalizar el desempeño de funciones o actividades que por motivos de escala, complejidad técnica u oportunidad social dejaron de ser funcionales circunscritas a los pequeños ámbitos comunitarios, tales como el familiar, religioso o rural.

También la enfermería empieza a desarrollarse como ocupación cuando empieza a ser precisa una mano de obra asalariada que desempeñe tareas, muy poco cualificadas en un principio, que sustituya o complemente a la mano de obra *amateur*: religiosas en los modernos hospitales laicos, soldados en los campamentos y los campos de batalla, madres y vecinas en las ciudades hacia donde se desplazaron en masa las comunidades rurales. No es casual que la iconografía enfermera sitúe en los hospitales de campaña británicos de la guerra de Crimea, bajo el influjo de Florence Nightingale, los orígenes de la ocupación que siglo y medio después llegaría a ser la profesión enfermera que hoy conocemos.

Así como las mujeres debieron luchar para escapar de un asfixiante modelo patriarcal de sociedad, la ocupación enfermera tuvo que hacerlo por partida doble, ya que ese modelo patriarcal se incorporó con toda naturalidad en los servicios sanitarios, estando fuera de toda discusión que la enfermera estaba absolutamente supeditada al médico, sin ningún tipo de espacio propio más autónomo. Lo que, al menos visto desde hoy, resulta chocante es que la proyección de este secular rol femenino-familiar al ámbito de los servicios profesionales, lejos de ser rehuida como la peste, fue orgullosamente actualizada y reivindicada a través de un discurso feminista, social y políticamente dominante, a partir de los años setenta del siglo pasado, y pasó a ser considerado en aquel momento como el elemento cultural vertebrador de la enfermería moderna (Davies, 1995; Alberdi, 1983, 1998; Reverby, 2001; Bertrán Noguera, 2005).

El problema para la enfermería es que esta reivindicación probablemente pueda haber contribuido a perpetuar el estereotipo cultural machista de hombre-marido-médico, mujer-esposa-enfermera dentro de la sanidad. De hecho, en los últimos ocho o diez años empieza a haber voces (David, 2000; Cutcliffe y Wieck, 2008), también en nuestro país (Fajardo y

Germán, 2004; Bertrán Noguera, 2005; Del Pino y Martínez, 2007; Miró Bonet, 2008; Rodríguez García *et al.*, 2009), que se cuestionan si buena parte de los déficits percibidos en el proceso de plena profesionalización de la enfermería pudieran explicarse precisamente como herencia de ese importante énfasis en la identidad de género que de alguna manera está perpetuando una división patriarcal del trabajo dentro de la cual la enfermería no es capaz de consolidarse plenamente como profesión autónoma.

Y no resulta menos evidente que la reivindicación del ámbito del cuidado como una ancestral tarea doméstica de ocupación, altruista, intuitiva, y humanista, no ayuda precisamente a legitimar social y profesionalmente los cuidados enfermeros como una disciplina científica equiparable a cualquier otra, y muy especialmente a su principal competidora en el ecosistema sanitario, la medicina –profesión, retribuida, arcana, técnica–. Ello refuerza sin duda las percepciones sociales de la enfermería más como una ocupación, que como una profesión o semiprofesión, que ciertamente subsisten. Visto desde una perspectiva histórica, con un cierto distanciamiento ideológico y desde una perspectiva utilitaria, es probable que la aportación de la enfermería a la causa feminista haya sido considerablemente mayor que la del feminismo a la causa enfermera.

Revisando las reflexiones que desde la propia profesión se están produciendo en los últimos años, no resulta muy arriesgado afirmar que la enfermería se encuentra en un momento de su desarrollo especialmente comprometido, en un cruce de carreteras en el que no sabe muy bien qué camino es el que debe tomar para llegar a un futuro mejor. A juzgar por algunos de los síntomas, está sufriendo una seria crisis de identidad, confianza y auto-percepción que también en España tiene sus reflejos:

“¿Por qué no consiguen las enfermeras/os el reconocimiento social de su aportación única y específica a la población, a pesar del avance en el proceso de profesionalización?” (Ramió Jofre, 2005:7).

“¿Cómo es posible que una actividad tan fundamental para el bienestar de las personas se haya situado históricamente, incluso en la actualidad, en la sombra de la escena sanitaria, social y política?” (Miró Bonet, 2008:69).

“¿Qué es lo que hace que el colectivo de enfermería no perciba su profesión al mismo nivel que otras académicamente similares y que se vea permanentemente imbuida en una invisibilidad consentida por él mismo, por otros profesionales de la salud, por las instituciones y por la propia sociedad a la que sirve?” (Bertrán Noguera, 2005:90).

La percepción o sensación de crisis tiene causas claramente objetivas como la escasez de enfermeras, las tensiones interprofesionales o las propias condiciones de trabajo, pero también muchas claramente subjetivas. Por ejemplo, el intenso proceso de cambio y crecimiento cuantitativo, y sobre todo cualitativo, de la profesión de los años setenta y ochenta.

ta del siglo XX hacen que el brusco frenazo de los noventa produjera una sensación de desaceleración brutal y dolorosa, ya que lo que se creyó que era velocidad de crucero no fue sino una velocidad punta imposible de mantener indefinidamente. En definitiva, la percepción a finales de los ochenta de que ya sólo era posible un desarrollo sin límites en la vía de una mayor profesionalización y reconocimiento demostró ser una falsa ilusión (Herdman, 2001).

Como señaló hace ya un tiempo Celia Davies (1995), el problema de fondo en cuanto a los aspectos subjetivos que explican la crisis podría radicar en que mientras que se valora muy bien a las enfermeras, se subestima a la enfermería. En general, la imagen pública de la enfermería es excelente, pero es más que probable que no sea la que a la enfermería le gustaría tener, como muy gráficamente lo expresa el título de una publicación del colegio de enfermeras de Barcelona (COIB, 2005): “Enfermeras hoy: cómo somos y cómo nos gustaría ser”.

La construcción de una identidad, siguiendo a Bourdieu (1977), es un proceso continuo de relación discursiva entre cómo nos definimos y cómo nos definen, de ahí que sea tan importante para las enfermeras su percepción, normalmente intuitiva, de que su identidad socialmente construida responde a los perfiles de una ocupación, a pesar de que su auto-identidad como profesión lleve ya decenios de larga y difícil construcción.

Si para analizar las causas de fondo de esta percepción pidiéramos a cualquier enfermera que convenciera a un grupo de ciudadanos sobre las razones por las que deberían considerar su trabajo una profesión al mismo nivel que otras como la medicina, por ejemplo, y su cuerpo de conocimientos como una disciplina científica propia, no les resultaría nada sencillo conseguirlo. De hecho, analizando la literatura profesional enfermera de los últimos cuarenta años, lo que más choca es la obsesión permanente, a veces un tanto neurótica, por intentar definir de una vez por todas qué es ser enfermera, un trastorno, por cierto, que nunca ha padecido la profesión médica, tan renuente a reflexionar, o al menos a dejar constancia por escrito, sobre su identidad. Y es que, en términos epistemológicos, la medicina tiende a ser positivista y la enfermería, metafísica.

A la medicina, para definirse, le basta con aceptar el axioma soy lo que hago, y además es evidente y característico lo que hago; pero a la enfermería le angustia no tener más remedio que definirse en base al antitético hago lo que soy, porque sólo si sé lo que soy, sé lo que tengo que hacer¹. Por eso al discurso enfermero le resulta mucho más fácil definir y describir sus características culturales y sus prácticas laborales, que sus contenidos disciplinares y su *locus* profesional más allá de la jerga y la retórica. Una profesión que necesita cuestionarse sus propios fundamentos permanentemente y que no parece haber dado

1 Esta angustia identitaria no es precisamente reciente: está descrita, al menos, desde hace 50 años (Corwin, 1961).

con la respuesta a esas preguntas, sin duda carece de una identidad definida en su mercado profesional.

Como respuesta a esta crisis de identidad, y de manera especialmente significativa en Canadá y el Reino Unido, se está produciendo un movimiento de reacción frente a lo que podrían ser considerados excesos de la ideología enfermera dominante, de su retórica más excesiva en torno a los cuidados enfermeros como dominio profesional y como disciplina científica distintivos:

“No resulta sorprendente (...) que a las propias enfermeras les resulte muy difícil expresar qué es lo que hacen (...) Parte del problema reside en la falta de congruencia entre lo que es el trabajo de enfermera en la vida real y la misión ocupacional de la profesión, con su énfasis en una relación terapéutica emocionalmente íntima con los pacientes. No sólo produce unas expectativas exageradas con respecto al trabajo, sino que no sirve para proporcionar a la enfermería una base de conocimiento y un lenguaje con el cual expresar qué es lo que realmente hace” (Allen, 2004:279).

Los sofisticados desarrollos conceptuales utilizados por las autoras de las teorías y modelos de cuidados enfermeros más consolidados contrastan a menudo con la notable simpleza práctica de muchos de sus contenidos y con el recurso habitual a un excelente surtido de lugares comunes, escondidos tras una notable capacidad hermenéutica, taxonómica y retórica. De hecho, a día de hoy, no existe un código asignado a la enfermería dentro de la nomenclatura para los campos de las ciencias y las tecnologías de la UNESCO, y hay más de 1.400. Pedraz (2005) lo atribuye a un problema de comunicación, y no le falta razón en esto, así como a la falta de acceso de la enfermería a los niveles educativos superiores, algo que no es tan cierto, al menos de manera generalizada, tal y como ella misma matiza. Lo cierto es que no está claro, al menos desde un punto de vista epistemológico, que pueda hablarse con propiedad de Ciencias de la Enfermería como disciplina científica, como tampoco de Ciencias Sociales; pero quienes nos encuadramos en ellas asumimos que se trata sólo de una etiqueta descriptiva.

Si un profano de la disciplina tuviera que describirla a partir de las teorías y modelos de sus élites intelectuales (Tomey y Alligood, 2006), concluiría muy probablemente que sus fundamentos consisten en:

- Unas bases filosófico-antropológicas sobre la persona, desarrollados con una metodología predominantemente etnográfica.
- Unas prácticas relacionales basadas en desarrollos funcionales de la psicología y la psicopedagogía, especialmente articuladas en torno a la relación de ayuda.
- Un contexto de fuerte prevención contra los excesos biologicistas, ya que constituye el riesgo principal de contaminación médica y subsiguiente pérdida de la identidad enfermera.

- Una firme envoltura humanista-espiritual, de carácter laico generalmente, muy característica.

Es perceptible en ocasiones, incluso, un cierto aire de iluminación mística: “la relación paciente-enfermera (...) es una fuente de luz y de sentido, pero no es algo que el hombre pueda tener estáticamente, como un objeto, sino que lo adquiere y lo posee dinámicamente al entrar en relación creadora con otras realidades. Por eso ha podido escribirse con razón que en el encuentro ‘nos hacemos ser el uno al otro’” (Matesanz, 2005:255); y también un cierto chovinismo: “prescribir resulta bastante fácil, sólo requiere saber mucha Medicina; sin embargo, la formación en Enfermería, así como la acción misma de CUIDAR [en mayúsculas en el original], son sin duda de una complejidad y dificultad mucho mayor” (Martínez Riera, 2008).

Para no hacer demasiada sangre de estas tórridas y huecas retóricas, a todas luces excesivas sobre todo porque se han reproducido de documentos en revistas técnicas, no en discursos o soflamas, es preciso entender que toda esta parafernalia es puramente táctica o instrumental, que la intensa necesidad percibida por las élites profesionales de la enfermería de profesionalizarse les hizo dotarse de instrumentos cohesionadores y que la ideología profesional expresada a través del discurso enfermero es uno de los recursos más necesarios. Y que eso suele conducir a excesos. Ruddy (1998:243) lo sintetiza diciendo que “la enfermería ha dedicado una atención exagerada al tema del profesionalismo y la profesionalización”. Pero quienes lo han expresado de manera más rotunda, probablemente, han sido Cutcliffe y Wieck (2008:499-505):

“Durante muchos años y en numerosos países las enfermeras han tratado de construir argumentos convincentes para reclamarse miembros de una profesión, merecedores por tanto de ser declarados ‘profesionales’ (...) La mayoría de las publicaciones que incluyen referencias al profesionalismo de la enfermería parecen adoptar una posición acrítica y/o automáticamente postulan que el profesionalismo es ‘algo bueno’, una meta a la que las enfermeras deberían aspirar. (Pero) aspirar a un estatus profesional haciendo propias las ortodoxias normativas y el discurso dominante de nuestros colegas médicos sirve en realidad para reforzarlo manteniendo a las enfermeras en un rol subordinado”.

Cada vez tiene más sustento empírico la tesis de que las estrategias de las élites políticas, intelectuales y docentes de la profesión, lejos de tener como objetivo esencial dotar de recursos científico-técnicos a la enfermería asistencial para que pudiera consolidar una posición respetable y respetada dentro de la división del trabajo sanitario, se orientaban básicamente a consolidar su propia posición dentro de las élites políticas, sanitarias y académicas.

Mientras estas élites profesionales consolidaban su privilegiada situación, las enfermeras asistenciales parecen haber experimentado, especialmente en los últimos quince o veinte

años, una considerable degradación de sus condiciones laborales y profesionales, como consecuencia de unas políticas sanitarias cuyo eje conductor ha sido, y sigue siendo, una racionalidad financiera que garantice la sostenibilidad de los sistemas sanitarios públicos, que son los que mayoritariamente financian, aseguran y atienden a los ciudadanos, así como los grandes empleadores de los profesionales sanitarios, incluidas las enfermeras.

1.2 Los roles ampliados de la enfermería: ¿una nueva dirección?

Las retóricas del cuidado enfermero pivotan intensamente sobre la gestión de sus aspectos más emocionales o afectivos², sin duda los más intangibles (Aldridge, 1994; Dingwall y Allen, 2001; López, 2006). Esta habilidad o competencia es la que realmente segmenta ideológicamente el mercado profesional enfermero, dejando fuera a una enfermería básicamente técnica o tecnológica, que ha renunciado a que el trabajo emocional holístico sea el núcleo central de su actividad profesional, considerándolo, por el contrario, como una habilidad, por lo que en ocasiones se piensa que han traicionado las señas de identidad enfermeras: “El trabajo emocional se convierte en algo más que en un aspecto inherente al trabajo con personas: es una de las cosas que las enfermeras afirman que las diferencian de otros profesionales y justifica su estatus como una profesión diferente e independiente, merecedora del mismo respeto que el resto de las profesiones sanitarias” (Dingwall y Allen, 2001:65).

No parece fácil, como señala Nelson (2007a), que la ideología enfermera hegemónica favorezca la existencia de otros discursos más pragmáticos o utilitaristas, a los que se reconociera también la etiqueta de propiamente enfermeros y no de meras desviaciones medicalizadoras. Lo paradójico es que mientras se admite como normal que un médico trate de mejorar su posición y sus rentas en el mercado de trabajo, las opciones individuales que persiguen lo mismo dentro de la enfermería resulten condenables: “La opinión de que es imprudente, poco ético o ‘antienfermero’ tratar de ascender en las escalas retributivas implica retrotraer a la enfermería a mediados del siglo XX, cuando la vocación era el incentivo por excelencia para ser enfermera y el servicio era su única recompensa” (Cutcliffe y Wieck, 2008:506).

En Estados Unidos, de manera paradigmática, pero también más recientemente y de manera más tímida en muchos otros países, la enfermería está evolucionando tratando de hacer compatible la coexistencia de los arquetipos humanista y tecnológico. Es decir, al lado de una enfermería de cuidados generales o especializada, centrada en los cuidados,

2 Téngase en cuenta que las principales conceptualizaciones modernas sobre el cuidado enfermero proceden del ámbito anglosajón, en cuyo idioma el término *care* es más intensamente emocional que nuestro “cuidar”, que sólo es eso, cuidar (*look after* o *take care of*). En cambio, *care* es una palabra polisémica que significa cuidado, pero también preocupación, interés, atención, inquietud. La expresión *care for* es cuidar de alguien, pero también “tener afecto a” o “sentir cariño por”.

aparecen figuras que encajan dentro de lo que se denomina enfermería de práctica avanzada (*advanced practice nursing*), una etiqueta que acoge numerosos desarrollos diferentes, con la única característica común de que se trata de recorridos de carrera para enfermeras graduadas que exigen formación y experiencia superior a las básicas y que suponen en realidad una figura profesional híbrida médico-enfermera (ICN, 2008; Duffield *et al.*, 2009). La denominación más extendida en estos entornos es la de *nurse practitioner* (NP), aunque otras figuras profesionales similares son *physician assistant* o *nurse clinician*.

El Consejo Internacional de Enfermería define a la enfermera de práctica avanzada (EPA) como “una enfermera titulada que ha adquirido la base de conocimiento experto, las destrezas para la adopción de decisiones complejas y las competencias clínicas necesarias para una práctica ampliada, cuyas características vendrán conformadas por el contexto y/o país en que esté acreditada para ejercer. Un grado de maestría es el recomendado como nivel de entrada” (ICN, 2008:7).

Las NP, paradigma de la EPA, tienen su origen en los Estados Unidos a mediados de los años sesenta del siglo pasado. No surgen como una demanda de la enfermería para extender sus funciones, sino como respuesta a la necesidad perentoria de poder prestar asistencia médica en muchas zonas rurales, donde los médicos se niegan a establecerse porque no les resulta económicamente atractivo (Pearson y Peels, 2002; ICN, 2008; Savrin, 2009), de ahí que fuera políticamente aceptable que personal de enfermería asumiera roles y funciones claramente médicas sin la oposición de la poderosa Asociación Médica Americana y de los aún más poderosos *medical boards* (juntas o consejos médicos) estatales. De hecho, el primer programa formativo de NP fue una iniciativa médica.

Hay que tener en cuenta que el sistema sanitario de los Estados Unidos es muy diferente al del resto de los países desarrollados, incluso a los de su entorno cultural de la *Commonwealth*. Mientras que en este país las decisiones reguladoras están absolutamente fragmentadas y las profesiones se autorregulan especialmente a través de sus correspondientes *boards*, en los demás países desarrollados, en mayor o menor medida, cualquier iniciativa de este alcance implica un largo proceso político de definición-negociación-planearamiento que finalice con la promulgación de leyes reguladoras básicas de tipo central, provincial, estatal o federal. Aunque en Estados Unidos es posible que algunas realidades o demandas de abajo arriba produzcan resultados globales por acumulación, en Europa pueden existir movimientos de base o grupos de presión, pero las soluciones siempre son finalmente legislativas y reguladoras, es decir, de arriba abajo. Por este motivo, la enfermería europea siempre ha fiado su suerte, más que a sus propias fortalezas para crear ofertas de mercado atractivas para la demanda de servicios profesionales, a su capacidad política para orientar la acción reguladora de los gobiernos en su propio beneficio.

Esta evolución fue posible precisamente porque en Estados Unidos la iniciativa de creación de esa figura híbrida médico-enfermera que representa el NP parecía suponer la

mejor alternativa a una necesidad real y urgente. En el resto de los países anglosajones, no tan acuciados por problemas de esta entidad, habría que esperar más de 20 años para que las autoridades sanitarias plantearan desarrollos similares que implicaban un rediseño de las siempre sensible fronteras profesionales, desarrollos que aún hoy están abiertos y sometidos a complicados procesos de negociación con acelerones y frenazos permanentes.

Aunque formen parte de un mantra absolutamente manido, es más que discutible afirmar que en otros países, como Canadá, Australia, Nueva Zelanda o el Reino Unido, se haya producido también un desarrollo tan importante de la EPA.

- En Canadá, durante los años sesenta, las asociaciones enfermeras promovieron activamente la introducción de la figura del NP y se crearon programas docentes universitarios que nunca llegaron a ser reconocidos ni convalidados, desapareciendo por completo durante los años ochenta (CIHI, 2005). Habría que esperar hasta finales de los años noventa para que las intensas reformas en el sistema sanitario canadiense promovieran un cambio de modelo, con una mayor orientación hacia la atención primaria, en un contexto de escasez de enfermeras bastante pronunciado. La figura del NP canadiense está centrada básicamente en la atención primaria y sociosanitaria (CNA, 2008). Actualmente, el registro de NP está regulado en ocho de sus trece provincias y territorios. Sin embargo, las consecuencias cuantitativas parecen ser minúsculas: en 2007 sólo existían 608 licencias de NP en el registro, es decir, el 0,4% de las 258.000 enfermeras registradas (CNA, 2009).
- En Australia, el proceso de implantación de la EPA se produce a finales de los noventa y se ha desarrollado de manera muy heterogénea dada su rígida estructura federal. Actualmente, el proyecto de ley federal *Health Legislation Amendment (Midwives and Nurse Practitioners) Bill 2009*, aprobado en febrero de 2010 por el Senado y pendiente de su aprobación definitiva por el Congreso, unificará las regulaciones estatales permitiendo a todas las NP, dentro de los límites y condiciones reguladas por la ley, solicitar pruebas diagnósticas, prescribir medicamentos y referir pacientes a médicos especialistas, todo ello dentro de los esquemas asistenciales y de prestaciones de la sanidad pública australiana (*Medicare*). Pero tampoco en el caso de Australia puede hablarse de un gran desarrollo cuantitativo, ya que en abril de 2009, según la *Australian Nursing Federation*, apenas había 370 NP entre las aproximadamente 180.000 enfermeras en activo, lo que representa apenas un 0,2%.
- En Nueva Zelanda, el rol de las NP se desarrolla a partir de 2001 con motivo de la nueva estrategia de atención primaria de salud que introduce la figura del NP y de la enfermera especialista, pero su evolución numérica es de nuevo absolutamente raquítica, ya que en noviembre de 2009, y según los datos del Ministerio de Salud, sólo hay 50 entre las aproximadamente 40.000 enfermeras, un 0,1%.
- Estos tres países, junto con el Reino Unido, suelen ser citados como los países donde la EPA está más avanzada, pero no es exactamente así, al menos si valoramos el nivel de

implantación y desarrollo de figuras ocupacionales autónomas dentro de la enfermería, tipo NP, como indicador más representativo. En Europa también se están produciendo ahora algunas iniciativas similares, especialmente en los países nórdicos (Lindblad *et al.*, 2010), Holanda (Groenewegen, 2008), incluso Alemania (Dreier *et al.*, 2010) donde la enfermería ni siquiera es una profesión colegiada.

- En el Reino Unido, el proceso de desarrollo de una EPA, lejos de ser admirablemente vanguardista, está siendo tan tardío como complicado. Debemos tener en cuenta como punto de partida un tanto desmitificador que aunque existen programas de grado en enfermería desde 1960, la inmensa mayoría de las enfermeras de Inglaterra, no así en las otras tres naciones, siguen optando por una diplomatura, nivel mínimo que el consejo regulador de la enfermería (*Nursing and Midwifery Council*, NMC) exige para el Registro. Según Shields y Watson (2009), sólo un 4% de las enfermeras estaban en 2005-2006 en posesión del grado. Ello guarda probablemente una relación muy estrecha con el hecho de que en Inglaterra los estudios de enfermería no son financiados por las universidades, sino que son asumidos por los presupuestos del propio NHS.

Es cierto que el Reino Unido fue pionero en cuanto a la regulación de la prescripción enfermera a comienzos de los noventa, pero sus progresos no han sido tan masivos como se ha mitificado en otros países, incluido el nuestro. También es cierto que durante los años noventa existieron algunas iniciativas avanzadas, pero lo cierto es que siempre se frustraron debido menos a la oposición médica que a las reticencias del NMC, fiel guardián de la más estricta ortodoxia Nightingale. Tendría que ser el Royal College of Nurses, respondiendo a los requerimientos de sus bases asociativas, quien tomó en 2002 la iniciativa de proponer un desarrollo curricular propio para la enfermería de posgrado (RCN, 2007). Poco tiempo más adelante, el NMC tuvo que aceptar la necesidad de crear un marco específico para la enfermería posgraduada e incluso de abrir un apartado en el registro profesional para la denominación oficial de la EPA, que no fue finalmente *nurse practitioner*, sino *advanced nurse practitioner* o enfermera facultativa avanzada.

En 2007, el Ministerio de Salud envió al Parlamento un documento sobre la necesidad de una nueva regulación de las profesiones sanitarias, donde además señalaba cuál debería ser el camino a seguir: “El Gobierno está de acuerdo en que los reguladores de cada profesión sanitaria no médica (...) deberán desarrollar, cuando sea necesario (...) estándares para los niveles superiores del ejercicio profesional, especialmente para la práctica avanzada de la enfermería” (DoH, 2007:37). Pero tres años después un informe específicamente encargado por el Primer Ministro tiene que volver a instar al NMC para que proceda a regular la EPA (DoH, 2010).

En cualquier caso, lo cierto es que en el Reino Unido el debate sobre la práctica avanzada de la enfermería se encuentra en un verdadero punto muerto, dado que desde entonces no ha habido desarrollo alguno centralizado sobre este asunto. Sí lo ha habi-

do, como veremos, sobre la famosa prescripción enfermera, aspecto que de alguna manera se ha convertido en un sucedáneo: ¿la práctica avanzada significa en realidad que algunas enfermeras puedan recetar algunos medicamentos?

El modelo inglés de carrera profesional para la enfermería

Otro desarrollo británico relacionado, aunque distinto, interesante y digno de atención, se produce un poco antes del *white paper* que hemos revisado. En 2006, una iniciativa de los *Chief Nursing Officer* de Escocia, Gales, Inglaterra e Irlanda del Norte (altos funcionarios de sus correspondientes departamentos de salud) es adoptada por el Ministerio de Salud, que publica el documento “Modernizando las carreras enfermeras” (DoH, 2006). Un año después, un documento de consulta mucho más específico sobre la carrera profesional para la enfermería posgraduada (DoH, 2007) propone un modelo de carrera que se articularía sobre cinco recorridos: enfermería de familia y salud pública; urgencias; asistencia sociosanitaria; cuidados agudos y críticos; y salud mental y psicosocial. Esto supone en realidad un modelo de especialización avanzada que recuerda bastante a nuestra ley de especialidades enfermeras de 2005; pero sólo en la forma, el fondo es mucho más interesante.

Y es interesante por tres motivos:

- Porque se trata de un modelo de carrera para todos los estamentos enfermeros, es decir, trasladándolo a nuestra terminología incluiría a auxiliares de enfermería, enfermeras de cuidados generales, especialistas y de práctica avanzada, a lo largo de un recorrido común de nueve niveles.
- Porque el reconocimiento de estos nueve niveles está ligado tanto al acceso a niveles formativos como la formación enfermera, como a la adquisición de habilidades y competencias, es decir, la práctica enfermera.
- Y finalmente porque la carrera se realiza en uno de los cinco recorridos citados, evitando así el despropósito de que una enfermera que ha alcanzado el nivel más alto a través de un desempeño exclusivamente hospitalario obtenga un nuevo empleo en atención primaria, por ejemplo, y lleve en la bata su grado de carrera, a pesar de ser una verdadera neófito en esta área asistencial.

Resumiendo, prácticamente todos los países desarrollados han apostado más o menos decididamente por potenciar la enfermería como profesión con una posición más central y unas funciones y roles más avanzados que los tradicionales, es decir, por una enfermería de práctica avanzada. No menos cierto es que el impacto cuantitativo de estas políticas es raquítico. En todo caso, analizando las experiencias internacionales podemos establecer las tres estrategias que se han desarrollado para cubrir este objetivo:

- Crear nichos profesionales específicos que son ocupados por una élite enfermera que desempeña funciones híbridas médico-enfermeras con una dependencia funcional y orgánica de los médicos bastante laxa en ámbitos geográficos, sociales o asistenciales muy específicos, deficitariamente cubiertos por los médicos.
- Ampliar las funciones y procedimientos clinicoasistenciales que con carácter general podrían aplicar todas las enfermeras en ámbitos asistenciales específicos mediante un proceso de especialización competencial, por ejemplo, las especialidades de enfermería.
- Ampliar las funciones y procedimientos clinicoasistenciales que con carácter particular podrían aplicar algunas enfermeras en ámbitos asistenciales generales mediante un proceso de capacitación funcional, por ejemplo, la prescripción enfermera o los nuevos modelos de AP).

Pasamos ahora a analizar la prescripción enfermera como metáfora de las contradicciones internas que deberá resolver la enfermería para definir su recorrido futuro dentro de las profesiones sanitarias.

1.3 El caso de la prescripción enfermera

La prescripción enfermera resulta un ámbito de reflexión muy interesante y muy de actualidad en España. Por un lado, se trata, sin duda, de un elemento central de la EPA, pero por otro se supone que la EPA no es sólo una enfermera que prescribe, sino mucho más. Para el NMC, existen nueve competencias básicas características de la EPA y la prescripción de medicamentos es sólo una de ellas (NMC, 2005). Son ya bastantes los países que han legislado acerca de la prescripción enfermera. En algunos de ellos, como Australia, Canadá o Nueva Zelanda, la capacidad legal de prescribir está limitada exclusivamente a los NP. Otros países, como Irlanda, donde a comienzos de 2010 apenas existían 155 enfermeras con capacidad prescriptora (Adams *et al.*, 2010), o España, donde sólo se ha desarrollado en la práctica en la Comunidad Autónoma de Andalucía, se han unido muy recientemente al club de países que han regulado la prescripción enfermera.

A pesar de las dificultades que siguen existiendo en el Reino Unido a la hora de legitimar y consolidar la EPA en la práctica, así como la figura específica del *Advanced Nurse Practitioner*; paradójicamente fue este país, tras los Estados Unidos, un verdadero pionero, junto con Suecia, en regular las capacidades prescriptoras de las enfermeras y en la creación de la figura profesional de enfermera prescriptora (*nurse prescriber*).

La primera y tímida regulación de la prescripción enfermera en el Reino Unido se produce en 1992 con la llamada *Nurse Prescription Act*, que comenzó a aplicarse en 1994. La primera lista de medicamentos permitidos era muy corta y sencilla, pero como consecuen-

cia de las recomendaciones del *Crown Report* (NHS, 1999) se ha ido ampliando hasta contener prácticamente los mismos medicamentos que pueden prescribir los médicos, excepto alguna drogas controladas. Eso sí, esto es para la más alta de las tres categorías de enfermeras prescriptoras (*nurse independent prescriber*). La categoría inferior y más extendida (*community practitioner nurse prescriber*) tiene un acceso enormemente reducido y de carácter muy básico, medicamentos sin receta y accesorios, básicamente. La figura intermedia es la de *supplementary prescriber*.

En 2008, tras 15 años de recorrido, sólo el 10% de las 497.000 enfermeras registradas, 49.500, estaban acreditadas como prescriptoras y sólo 1.620 de ellas, como *nurse independent prescribers* (NMC, 2008).

Podemos decir que el desarrollo de la prescripción enfermera, aun con cierta oposición médica, tuvo éxito debido al carácter agencial, y no corporativo, de la estructura de los órganos reguladores de las profesiones sanitarias, que no pueden tener más del 50% de sus miembros de la propia profesión, debiendo ser el resto *lay members*, es decir, personas ajenas a la profesión. Ello supone que cualquier posicionamiento que se pretenda en el seno del órgano regulador médico (*General Medical Council*) debe ser aprobado también por los miembros no médicos, a quienes habrá que convencer de que sus pretensiones no responden al corporativismo o a la defensa de privilegios o monopolios, sino que se relaciona exclusivamente con factores objetivos relacionados con necesidades de los pacientes y del sistema sanitario.

La lenta, pero aparentemente imparable, extensión de la prescripción enfermera se explica en buena parte porque está fundamentada en dos lógicas, la sanitaria y la de mercado. En cuanto a la lógica sanitaria (Cooper *et al.*, 2008; ICN, 2009), podemos señalar lo siguiente:

- Es útil para los pacientes, especialmente en lo que se refiere a la continuidad de los cuidados.
- Es buena para las enfermeras, en cuanto a su gestión del tiempo, recursos y destrezas, y también para su motivación.
- Es conveniente para los médicos porque les libera de algunas de las tareas más repetitivas, especialmente del carácter básicamente administrativo que tiene la prescripción en buena parte de los pacientes crónicos, a quienes realiza el seguimiento la enfermera.

Pero, por otro lado, también tienen su lógica de mercado (McCartney *et al.*, 1999):

- Puede ahorrar dinero a los servicios de salud porque paga tiempo de personal con retribuciones más bajas que las de los médicos.

- Alivia y disfraza la escasez crónica de médicos en AP transfiriendo tareas de éstos a otro grupo ocupacional.
- Manda un mensaje a la poderosa profesión médica de que no hay ningún privilegio intocable.
- Permite a la industria farmacéutica reforzar su actual “cuerpo de ventas”, principalmente los médicos, con miles de enfermeras (Maynard, 2006; Jutel y Menkes, 2008).

1.4 Los nuevos roles y sus efectos en los mapas profesionales

El principal problema conceptual a la hora de analizar la EPA es que los desarrollos existentes son muy variados. En teoría suponen un nuevo nicho ocupacional, pero con frecuencia se confunde esta figura con la de la enfermera especialista. Otras veces, con la de un máster en enfermería, sea generalista o especializado o con recorridos de carrera profesional, y aun otras, con una simple autorización para prescribir medicamentos en condiciones más o menos autónomas. Pero lo más importante son los efectos de la introducción de estas figuras profesionales dentro de los mapas competenciales regulados de las profesiones sanitarias. De alguna manera, las enfermeras que optan por trabajar de manera más autónoma a través de sus competencias avanzadas son asociadas culturalmente por la enfermería tradicional más a la medicina que a la enfermería, y en el fondo no son percibidas como enfermeras de verdad.

Los ejemplos del Reino Unido y de Canadá son muy ilustrativos. En general, se tiende a pensar que el techo de cristal de las enfermeras es de origen exclusivamente médico, pero las resistencias al desarrollo de recorridos profesionales más autónomos y verticales, tales como ganar autonomía y poder ejercer sin depender del médico, provienen antes de la enfermería que de la medicina. Estos procesos tienen que ver básicamente con las tensiones inherentes a la definición de las fronteras profesionales. La enfermería ha trabajado muy intensamente por tratar de establecer sus propias fronteras, de manera que la medicina no tuviera capacidades para intervenir en el desempeño enfermero. Por ejemplo, la medicina podría, sin duda, dirigir el trabajo asistencial, pero no intervenir sobre los criterios, estándares y modelos de la enfermería y sus roles dentro de la división profesional del trabajo. Para ello, articuló su cuerpo de conocimiento científico sobre el concepto fundamental del cuidado, que, sin llegar a ser exclusivo de las enfermeras tituladas, sí las situaba en la cúspide de la pirámide profesional encargada de cuidar a los pacientes, además de excluir a la medicina, cuyo cuerpo de conocimiento científico, su *locus* profesional y también su vocación, dicho de manera bastante simplista, se articula en torno a curar, no a cuidar.

La sustitución de tareas médicas por enfermeras

- Existe evidencia más que sólida (Horrocks *et al.*, 2002; Reeves *et al.*, 2009), de que situar a la enfermera como puerta de entrada a los servicios de AP no sólo no conlleva, en el peor de los casos, peores resultados en salud, sino que mejora la satisfacción de los pacientes (Mundinger *et al.*, 2000) e incluso podría ayudar a rebajar los costes asistenciales. Esto último, que en muchos panfletos enfermeros se da por hecho sin evidencias, no es tan sencillo, ya que las enfermeras tendrían que tener al menos la misma productividad que los médicos y no siempre es así ya que hay variables como la duración de la consulta, las citas por paciente, la solicitud de pruebas, o la actividad prescriptora, que pueden reducir y hasta anular las ventajas en costes derivadas de las diferencias salariales (Venning *et al.*, 2000; Laurant *et al.*, 2004).
- En muchos países existen dispositivos de atención telefónica de consultas sanitarias que son atendidos por enfermeras. Su papel como filtro eficaz para evitar consultas innecesarias en urgencias y AP es muy valorado (Buchan y Calnan, 2005; NHS Direct, 2009; Purc-Stephenson y Thrasher, 2010).
- Existen también experiencias positivas en la asistencia especializada, donde hay enfermeras realizando procedimientos tradicionalmente médicos, como endoscopias (Venning *et al.*, 2000; Williams *et al.*, 2009); cirugía (Kneebone y Darzi, 2005); o triaje de cáncer de mama en pacientes referidas al hospital por sus médicos de cabecera (Osborn *et al.*, 2010). En Estados Unidos hay más de 30.000 enfermeras trabajando como anestelistas (DHSS-HRSA, 2010). En Francia, la Haute Autorité de Santé (la agencia de evaluación e innovación) ha concluido, después de realizar los experimentos encomendados por el Ministerio de la Salud, que deberían ser enfermeras especialistas quienes realizaran comúnmente ecografías y ecocardiografías, biopsias prostáticas, cistoscopias y colonoscopias, así como un rol amplio en quimioterapia (Bourgueil, 2008). Esto podrá parecer novedoso, pero las enfermeras desarrollan hoy de forma habitual procedimientos diagnósticos y terapéuticos que fueron en su día rigurosamente médicos, tales como partos activos, diálisis, ECG y EEG, ecografías, RCP, plasmaféresis, punciones lumbares, triajes en urgencias, y hasta administración de vacunas, y no ha pasado nada especialmente grave.
- Siguiendo en el ámbito hospitalario, el Institute of Medicine norteamericano (2004) ha reconocido “el papel crítico de la enfermería en la seguridad de los pacientes”, su capacidad para detectar errores médicos, especialmente referidos a la prescripción de medicamentos y a la mala interpretación de resultados diagnósticos, cuantificando en un 86% del total de errores médicos evitados los que fueron detectados por enfermeras.

- Finalmente, es un hecho que los servicios sociosanitarios descansan en su vertiente sanitaria en las enfermeras (Bodenheimer *et al.*, 2005), funcionando el médico con un rol más de carácter consultor que estrictamente asistencial. Las *nursing homes* norteamericanas, así como desarrollos equivalentes en otros países, como nuestros centros de media y larga estancia o residencias asistidas, son dirigidas y gestionadas exclusivamente por enfermeras.

Las concepciones más radicales sobre la práctica avanzada y los nuevos roles de la enfermería, equiparada exclusivamente al modelo profesional del NP, parten de la base de que roles enfermeros más avanzados no tienen ya recorrido dentro de las propias fronteras profesionales. La enfermería habría alcanzado un nivel tan alto de excelencia profesional dentro de sus ámbitos funcionales que su única posibilidad para ganar en autonomía e independencia sería un recorrido vertical, lo cual sólo es posible adentrándose en territorio médico. Y este planteamiento no gusta ni a la medicina ni a la enfermería tradicionales: “La idea de que las NP puedan convertirse en un grupo profesional desarrollado y separado, al margen de las definiciones profesionales y ocupacionales actualmente aceptadas de enfermería y medicina, [hace que] tanto la medicina, como la enfermería, se enfrenten a un reto especial (...) que se está convirtiendo en un conflicto a medida que se van estableciendo nuevas fronteras profesionales” (Barton *et al.*, 1999:57). Lo que sucede es que cada vez hay más enfermeras que lo que más valoran de una profesión a la que se siguen sintiendo afectivamente unidas sería la posibilidad de desarrollar una práctica, ni dependiente ni independiente, sino interdependiente, con mayor capacidad de decisión autónoma en la práctica diaria, sea integradas en equipos interdisciplinarios cooperativos o en sus propias consultas enfermeras. En este sentido la pregunta sería: ¿tienen que dejar para ello de ser enfermeras “de verdad”?

Posiblemente no, ya que debería ser posible avanzar por esta vía sin perder la identidad. Para crecer en el contexto actual, la enfermería no debería competir por ampliar sus funciones, procedimientos o tareas, sino por tener sus propios pacientes, ya que el paciente da el poder. Actualmente, el paciente pertenece al médico y las tareas enfermeras forman parte de una división del trabajo dirigida por el médico. El hecho de que la ejecución de estas tareas no sea supervisada y evaluada a tiempo real por el médico sólo hace referencia a la absoluta confianza que tiene en la competencia profesional de las enfermeras en tareas, por cierto, que siempre ha considerado poco cualificadas, vocacionales. Pero, en último extremo, las decisiones las toma el médico, no sólo en lo que respecta a sus propias funciones clínicas, sino también en cuanto a aquellos aspectos que tienen que ver claramente con los cuidados, por ejemplo, si es necesario que un paciente sea remitido a la consulta de enfermería, si es preciso un ingreso hospitalario o cuándo se da un alta. Todo esto, naturalmente, condiciona y modifica los planes de cuidados enfermeros, y no son decisiones que dependan de la enfermería, porque los pacientes, simplemente, no son suyos.

Sin embargo, el paciente del médico es el paciente enfermo, a los médicos no les interesa demasiado el paciente sano. Por ello, si la enfermería continúa focalizando su crecimiento en una ampliación de roles en el cuidado del paciente enfermo, como mejor estrategia para resaltar su contribución y relevancia y reivindicar su estatuto profesional, estará combatiendo en territorio adverso, la enfermedad, piedra angular sobre la que se ha construido el arquetipo médico. Un discurso y una estrategia alternativos, basados en la preservación de la salud y el bienestar, podría ayudar de manera mucho más efectiva a la enfermería en su tarea de crear y consolidar una verdadera identidad profesional enfermera y a ganarse el respeto en su propio espacio profesional, la salud y el paciente sano, su paciente. Para ello, deberá centrarse mucho más en la promoción de la salud, el trabajo comunitario y la participación de los pacientes en los planes de cuidados, en partenazgo con las otras ocupaciones limítrofes, muy especialmente los trabajadores sociales, tantas veces contemplados como rivales, y con las asociaciones y grupos de pacientes. Ello, además, facilitará mucho más la venta de la enfermería como grupo ocupacional esencial para garantizar la eficiencia y sostenibilidad de los servicios de salud (Cutcliffe y Wieck, 2008) y, por tanto, una mayor centralidad e influencia en los procesos de toma de decisiones de políticas sanitarias.

La enfermería no debería sacrificar sus señas de identidad para obtener independencia y reconocimiento social. Nunca podría competir en este terreno con el médico. Una enfermería altamente evolucionada que permita crecer profesionalmente a las enfermeras no debería plantearse como una desnaturalización ni como un alejamiento de los cuidados para aprender y ejecutar procedimientos tradicionalmente médicos. No es que ello deba excluirse, ni mucho menos, siempre que se trate de una evolución natural que beneficie a los pacientes y a los sistemas sanitarios y esté claramente enmarcada en procesos de regulación y planificación adecuados, dirigidos por los sistemas de salud y no a través de políticas de *laissez faire* (Coombes, 2008).

Es decir, si el principal lastre de la imagen pública de la enfermería es que es percibida en el imaginario social como *humanidad sin ciencia*, mientras que el médico es visto como *ciencia sin humanidad*, la enfermería debería aspirar a ser percibida como *humanidad con ciencia*, antes que como *ciencia con humanidad*. Los valores que encarna una enfermería moderna deberían aspirar a convertirse y ser apreciados como las señas de identidad esenciales de los modernos servicios de salud, como alternativa a la actual imagen hipertecnologizada, burocratizada y despersonalizada, muy lejos de lo que recibe y espera recibir la gran mayoría de los pacientes, tanto de los médicos como de las enfermeras (Lewis, 2001).

Estos territorios, en los que debe adentrarse la enfermería para poder ir saliendo de su crisis de identidad, son, sin duda, brumosos y difíciles. Desde sectores cada vez más amplios de la enfermería se está comenzando a cuestionar si persistir en la centralidad del cuidado en la disciplina enfermera es realmente un buen negocio para la profesión. Parece cuanto menos dudoso que cuidar vaya a seguir teniendo un gran valor de mercado como servicio profesional distintivo en unos sistemas públicos de salud gobernados desde los

postulados de la Nueva Gestión Pública (*New Public Management*) en los que a la subordinación al médico se añade ahora la subordinación directa a las burocracias sanitarias.

Por un lado, el énfasis en la eficiencia y la competitividad de la NGP es difícilmente compatible con los valores tradicionales del servicio público como intervención benefactora en beneficio del paciente o rol de agencia (Chambliss, 1996; Bone, 2002; Christensen *et al.*, 2006; Nelson, 2007b).

Por otro lado, los aspectos relacionales de la atención sanitaria, ya sean los cuidados enfermeros, la relación terapéutica médico-paciente o de cualquier otro tipo son sumamente difíciles de objetivar y medir y, por tanto, de evaluar con respecto a su eficacia, productividad o rentabilidad (Aldridge, 1994). Esto hace que se posicionen como material perfectamente desechable en momentos de rigurosidad financiera y limitación de los recursos. Cuando eso constituye el *ethos* de una profesión, en torno al cual se articula su oferta profesional, la sitúa en una posición de mercado muy frágil.

Algo que el sector privado descubrió hace ya bastante tiempo es que el despliegue de recursos humanos necesario para que las enfermeras administraran planes de cuidados holísticos para cada paciente era un lujo que sólo podía permitirse el sector público, precisamente porque este tipo de prestaciones emocionales le diferenciaban del sector privado y le servían para legitimarse socialmente como servicio público. Pero con los actuales problemas de sostenibilidad financiera, es más que posible que empiece a ser percibido como un lujo también en el sector público (Daykin y Clarke, 2000).

Aunque es cierto que una parte muy importante del cuidado de los pacientes posee unos componentes técnicos que requieren una alta cualificación, no lo es menos que una parte de las funciones que realizan hoy las enfermeras tituladas podría ser encargado sin ningún problema funcional a personal menos cualificado (Francis y Humphreys, 1999; Thornley, 2001). De hecho, en el Reino Unido ya existen currículos formativos básicos universitarios (*foundation degrees*) de dos años para formar a los *associate practitioners*, una especialización de la *nurse assistant*, como se denomina tradicionalmente en la mayor parte del mundo anglosajón –en Estados Unidos predomina *nurse aid*– a nuestra auxiliar de enfermería (Law y Aranda, 2009; Watson y Shield, 2009).

Existen evidencias acerca de la importancia y centralidad que los cuidados enfermeros tienen en el trabajo del personal auxiliar de enfermería (Walters *et al.*, 1998; Daykin y Clarke, 2000; Rakovski y Price-Glynn, 2009; Bach *et al.*, 2010), confirmando que en el ecosistema de cuidados de enfermería existe más de una especie, por muy dominante que sea la hegemónica. En cualquier caso, determinar cuál es la combinación enfermera-auxiliar más eficaz y eficiente en cada ámbito asistencial es muy complicado dada la gran ambigüedad existente en la definición de los correspondientes roles dentro de los equipos de enfermería (Thornley, 1995; Daykin y Clarke, 2000; Adams *et al.*, 2000; Crossan y Ferguson, 2005; Chaboyer *et al.*, 2008).

1.5 Algunas claves para distinguir los mitos y las realidades

Las enfermeras están adquiriendo rápidamente nuevos roles, competencias y funciones, en muchos casos delegadas por los médicos. También en España será sin duda así cuando se alcance masa crítica en los incipientes procesos de diversificación profesional que analizaremos en los siguientes capítulos. Dado que se trata de desarrollos muy recientes en aquellos países que cuentan con sistemas sanitarios asimilables al nuestro, no está claro que ello vaya a hacer más felices a las enfermeras y, de hecho, comienza a haber algún indicio de que no es así, porque muchas de las implicadas perciben que las nuevas competencias las alejan de su identidad profesional básica y las concentran en tareas técnico-procedimentales y administrativas, agudizando la sensación de pérdida de identidad enfermera y alejamiento de los cuidados como eje central de la profesión (Adams *et al.*, 2000; Rhéaume, 2003; Rhéaume *et al.*, 2007; Pearcey, 2010). En expresión de Doherty (2009:1139), muchas enfermeras de práctica avanzada sienten que están “perdiendo la enfermería” y al tiempo temen que estos roles avanzados consigan liquidar en muy pocos años el capital que la enfermería lleva más de un siglo atesorando: su centralidad exclusiva e incontestable dentro de los cuidados enfermeros (Shields y Watson, 2007). Si las enfermeras se alejan del cuerpo de los pacientes (Daykin y Clarke, 2000) y dejan que se apropien de él otras ocupaciones, de alguna manera habrán vendido su alma enfermera al diablo de la EPA.

En cualquier caso, todas las evidencias apuntan a que en los países desarrollados la dinámica de sustitución de roles, funciones y procedimientos médicos por enfermeras de práctica avanzada no sólo se está consolidando, sino también acelerando (Lewis, 2001; Bodenheimer, 2008).

Es lo que Dent (2005) denomina pacto enfermería-Estado, cuyo objetivo en realidad no sería tanto ahorrar costes como solucionar de una vez por todas los graves problemas de racionalidad relacionados con la medicina que se vienen constatando desde hace décadas, pero que ahora suponen definitivamente una verdadera rémora para la modernización de los sistemas de salud: variabilidad injustificada en procedimientos, procesos y resultados; hegemonía del pensamiento tácito como arquetipo cultural de lo que es ser un buen médico cohibiendo el desarrollo de procesos de toma de decisiones clínicas basados en evidencias; falta de compromiso con los servicios sanitarios por la negativa a desarrollar mecanismos efectivos y transparentes de rendición de cuentas (*accountability*); supervivencia de una mentalidad individualista y elitista que limita culturalmente el desarrollo de dinámicas multiprofesionales, interorganizacionales y de red basadas en la racionalidad y las curvas de experiencia y no en el estatus; deterioro del profesionalismo ético y de sus valores, en riesgo de quiebra definitiva a causa de unas amistades peligrosas con la industria claramente más productivas que los viejos valores de servicio público; rígidas estructuras directivas profesionales al servicio de la propia profesión y no de las necesidades asistenciales, fragmentadas en compartimentos estancos donde cada cual sólo se preocupa por su propio territorio, entre otras.

La enfermería posee, a estos efectos, algunas cualidades muy prácticas:

- En la cultura de la enfermería no hay prácticamente lugar para el pensamiento tácito porque la disciplina enfermería es básicamente metodológica y en su praxis está acostumbrada a trabajar disciplinadamente con sujeción a órdenes, protocolos y planes de cuidados.
- Está mucho mejor capacitada para el trabajo en equipos interdisciplinarios, porque posee una visión más de conjunto de los procesos.
- Normalmente, el peso de la enfermería de cuidados generales es contundente, por lo que es más difícil que trate de preservar territorios particulares.
- Está infinitamente más alejada, al menos de momento, de las peligrosas relaciones comerciales con la industria.
- Demuestra verdaderas ansias de proyectarse más allá de sus roles tradicionales, para lo cual está dispuesta a asumir más fácilmente las exigencias de efectividad y eficiencia que se les plantea por parte de las organizaciones sanitarias.
- Finalmente, no tiene alergia al establecimiento de instrumentos de evaluación porque lleva media vida tratando de que se valoren en condiciones sus aportaciones asistenciales.

Pero también hay que prestar atención a la otra cara de la moneda. La sustitución de funciones enfermeras por personal menos cualificado está comenzando a producirse y amenaza con generalizarse dada su clara racionalidad financiera (Law y Aranda, 2009). Por ejemplo, en el Reino Unido ha aparecido una nueva categoría profesional de muy difícil traducción literal (*operating department practitioner*) que está sustituyendo a las enfermeras instrumentistas en los quirófanos (Timmons y Tanner, 2004; Kneebone y Darzi, 2005).

Por ello, la enfermería organizada se encuentra en una encrucijada y en una incómoda situación de presiones hacia arriba y desde abajo:

- Hacia arriba, por las presiones de una parte cada vez más importante de las bases profesionales de enfermería, mucho mejor formadas que sus predecesoras y poco dispuestas a seguir teniendo una posición subordinada y dependiente de la medicina.
- Desde abajo, porque el ascenso generalizado de la enfermería hacia un esquema formativo básico que toma como punto de partida el grado tiene un doble efecto. Si bien, por un lado, reduce la brecha que la separaba de las titulaciones superiores, por otro lado, aumenta la que existe con el personal auxiliar que inevitablemente no va a permanecer así mucho tiempo. Es decir, esta tierra de nadie que se está creando tenderá a ser sustituida, bien por una nueva demarcación ocupacional, bien por una evolución de las

actuales auxiliares de enfermería (*nursing assistants, nurses-aids, practical nurses, healthcare assistants, assistant practitioners, aides soignants*) hacia nuevos roles que necesariamente tendrán que ser colonizados en territorios hasta ahora exclusivos de las enfermeras (Daykin y Clarke, 2000; Dahle, 2003; Bach *et al.*, 2010).

El principal conflicto que deben encarar las élites intelectuales enfermeras y la enfermería organizada de cara a un futuro, sin duda complicado, es saber si les importa más la enfermería que las enfermeras y decidir cómo conciliar y en qué proporciones combinar las exigencias intraprofesionales, interprofesionales, políticas, laborales y sociales. Lo más probable es que de cara a un futuro inmediato el debate enfermero, tanto interno como externo, debería basarse en tres desarrollos básicos:

- El primero y más importante, la creación de un verdadero espacio enfermero, liderado por las enfermeras, que incorpore a todas las profesiones y ocupaciones comprometidas con los cuidados al paciente.
- En segundo lugar, las enfermeras están perfectamente capacitadas para ir asumiendo roles crecientemente importantes dentro de la función de puerta de acceso (*gate-keeping*) a los servicios de salud que tradicionalmente ha recaído en los médicos de familia y los MIR hospitalarios. De hecho, en algunos países, como EE UU o Australia, el cribado en las urgencias hospitalarias es realizado casi por completo por enfermeras especializadas en esta tarea o NP (Jennings *et al.*, 2008; Reeves *et al.*, 2009).
- Finalmente, la enfermería debería aspirar a ser la bisagra sobre la que se articulan todos los demás servicios y profesiones en los procesos asistenciales. Es por este motivo que se está sugiriendo como uno de los ejes centrales sobre los cuales podría articularse un papel más decisivo de la enfermería dentro de los servicios de salud, el rol de “mediador” (Allen, 2004), “agente de conectividad” (Pearce *et al.*, 2010), “facilitador de cuidados” (Ham, 2010), “gestor de casos” (Bergen, 1992; Zander, 2002) o “enfermera de enlace” (Contel Segura, 2008; Batres Sicilia *et al.*, 2009).

La enfermería en el acceso de los pacientes a los servicios de salud

En 1999, el NHS inglés creó un servicio de atención telefónica gestionado en su vertiente sanitaria por enfermeras, con un amplio rango de servicios y una orientación netamente sanitaria: alternativas asistenciales, resolución de dudas sobre patologías o tratamientos, incluidos farmacológicos, consejos sobre estilos de vida, realización de juicios clínicos y redireccionamiento en su caso al servicio asistencial más apropiado, entre otros. El servicio no descansa exclusivamente en el juicio facultativo de las enfermeras que lo atienden, sino que está basado en un *software* de apoyo a la toma de decisiones, lo cual ayuda al mismo tiempo a reducir considerablemente la variabilidad clínica injustificada. En 2009 atendió más de cinco millones de llama-

das. Existen experiencias similares en Holanda, Suecia, Canadá o Australia. Dentro de España, Andalucía dispone de un servicio con ciertas similitudes como es el servicio de Salud Responde.

Al margen de las discrepantes opiniones en cuanto a la evaluación de costes y utilidades de NHS Direct para el conjunto de la AP inglesa, hay dos cosas que sí parecen claras. La primera es que la satisfacción de los usuarios es más alta que con los servicios ordinarios de atención primaria; la segunda, que las enfermeras mantienen su identidad enfermera, se sienten enfermeras, no simples teleoperadoras, y han sabido incorporar el trabajo emocional característico de las enfermeras a este contacto sin rostro. En Suecia, las llamadas a los servicios de atención primaria también son atendidas, aunque de manera descentralizada, por enfermeras tituladas que prestan una atención similar a la de NHS Direct.

Otro desarrollo digno de atención son los centros abiertos (*walk-in centres* o *walk-in clinics*), un tipo de consultorio abierto permanentemente, atendido por enfermeras o NP, que trata de servir como recurso de descarga de la presión asistencial para los centros de AP y las urgencias hospitalarias. Para acudir a ellos no hay que pedir cita y atienden afecciones y heridas leves como infecciones, cortes, mareos, contracepción urgente, esguinces, o chequeos a hipertensos o diabéticos. En Inglaterra atienden al año más de tres millones de consultas. Este tipo de centros existen en Estados Unidos desde los años setenta, y en Canadá, Sudáfrica o Australia desde los años ochenta, pero el único país donde fueron diseñados para ser gestionados exclusivamente por enfermeras es el Reino Unido. Una evaluación de tres ámbitos asistenciales (centros de salud, NHS Direct y *walk-in centres*) en el manejo de ciertas situaciones clínicas bien estandarizadas fue muy favorable a estos últimos.

1.6 El futuro: nuevas oportunidades, nuevas responsabilidades

Las profesiones sanitarias van a experimentar fuertes procesos de cambio tan pronto como las burocracias sanitarias, tanto privadas como públicas, acaben por convencerse de que los retos a los que inevitablemente tendrán que enfrentarse tienen que ver básicamente con cambios profundos y hasta radicales en las estructuras profesionales. De la misma manera que en las sociedades abiertas el mestizaje se ha ido incorporando a nuestros sistemas culturales, en los ecosistemas profesionales se va a ir intensificando el desarrollo de ocupaciones o especializaciones híbridas o mestizas que no se sabrá muy bien lo que son cuando se intente definir las a la luz de las obsoletas fronteras profesionales del siglo XX. De hecho ya está pasando (Thomas y Hynes, 2009). No es fácil imaginar cómo serán las cosas dentro de 20 o 25 años, pero si somos capaces de despojarnos de viejos prejuicios tampoco resulta excesivamente difícil adivinar cuáles son las dinámicas dominantes.

Empezarán primero a extenderse por los mercados, como siempre, pero acabarán por abrir puertas en las murallas pretendidamente infranqueables de unos sistemas sanitarios públicos que han dejado de creer en la profesionalidad como eje vertebrador y se centran en los inevitables desarrollos de la Nueva Gestión Pública.

Aunque sus procesos son suficientemente largos como para que no resulte fácil su visualización y sí su digestión, las instituciones profesionales no cesan de adaptarse a los cambios. Un ejemplo sencillo es el de la profesión de dentista en España. Hasta hace poco más de veinte años, ejercer como dentista exigía una formación básica de ocho años, seis de licenciatura en medicina y cirugía y dos de especialización en estomatología. Respondiendo sin duda a poderosas fuerzas de mercado, entre ellas la eclosión de un colectivo cuantitativamente modesto, pero culturalmente demoledor, de dentistas formados en la República Dominicana, en 1986 se crea la licenciatura en Odontología, de manera que los dentistas empezaron a formarse en apenas cinco años, casi un 40% menos de tiempo, sin que ello tuviera efectos adversos conocidos.

Las profesiones clásicas han sobrevivido refugiadas del mercado gracias a un modelo de Estado corporatista que está en franco proceso de desaparición, incluso en países como Francia o Alemania, donde alcanzó su máxima expresión. Por otro lado, el subsistema profesional se ha democratizado intensiva y extensivamente dando lugar a una diversidad de agentes profesionales impensables hace cincuenta años. La enfermería es uno de estos agentes, hasta hace poco emergentes, pero dotados hoy de un valor potencial de mercado claramente superior al de algunas culturas médicas que perviven melancólicamente ancladas en modelos profesionales obsoletos.

Los médicos emplean unos once años de media en formarse, las enfermeras lo harán entre cuatro y siete. Aunque la inversión formativa está directamente relacionada con el valor de mercado de cada ocupación, el sistema profesional clásico ha venido estando basado en aspectos regulatorios competenciales: compre un médico, una enfermera, un abogado o un ingeniero, y comprará usted en realidad un *kit* complejo de competencias y funciones reconocidas y salvaguardadas por los reguladores. En este paquete encontrará usted competencias que realmente sólo son aplicables con garantías si uno ha tenido una formación médica de once años, pero también habrá muchas competencias admitidas como exclusivas que no requieren once, ni nueve, ni cinco, ni tres años, puesto que punciones lumbares, cistoscopias, biopsias prostáticas o anestias generales, en el 95% de los casos, no son procedimientos tan complicados como para requerir un bagaje profesional tan extensivo. Tampoco lo es interpretar un electrocardiograma en población general, diagnosticar y tratar dolencias menores o realizar el seguimiento y ajustar las dosis de un tratamiento con anticoagulantes.

Pero también existen muchas competencias enfermeras exclusivas que tampoco requieren, ni por asomo, una formación básica de cuatro años, como lavar a un paciente, inyectar un fármaco, medir una tensión arterial, tomar muestras de laboratorio o inyectar un contraste radiológico.

La delegación de tareas y procedimientos hacia personal con menor, pero suficiente, cualificación es una de las más importantes innovaciones disruptivas o rompedoras que los servicios sanitarios están importando del mundo empresarial. Se trata de “productos o servicios más baratos, más sencillos y más convenientes para cubrir las necesidades de clientes con exigencias menores” (Christensen, Bohmer y Kenagy, 2000). A pesar de la existencia de fuerzas poderosas en contra de su extensión (Herzlinger, 2006), ésta será imparable y sólo queda por saber cuándo dará el salto definitivo desde el sector privado al público (Black, 2005; Del Mar y Dwyer, 2006).

Finalmente, hay que tener en cuenta que la delegación de funciones no sólo se está produciendo entre colectivos ocupacionales, sino que llega hasta los propios pacientes, quienes realizan ahora procedimientos diagnósticos y terapéuticos que hasta hace poco tiempo eran exclusivos de enfermeras y médicos.

Por tanto, los médicos harían mal si percibieran los desarrollos de la EPA, en general muy modestos, como un simple reto a sus competencias, estatus y funciones y tendieran a exacerbar las pulsiones corporativistas que toda profesión genera y padece. Es la sociedad y los sistemas sanitarios, la medicina incluida, lo que está cambiando. Estos nuevos desarrollos no son sino una consecuencia de estos procesos de cambio que no hacen sino tratar de responder a los serios problemas de sostenibilidad de los servicios sanitarios públicos y a las nuevas exigencias de los pacientes.

Por otro lado, también hacen mal quienes desde la enfermería proponen una ocupación progresiva de funciones superiores sin que estas propuestas se formulen dentro de un marco global de análisis de todos los roles y competencias profesionales, los suyos incluidos. Significaría que piensan que el nuevo escenario supone una oportunidad de revancha histórica y que la modificación de los mapas profesionales es una sencilla tarea que se puede conseguir en un puñado de años desde posiciones unilaterales. Cuando las líderes de la transición sanitaria española creyeron que era posible amortizar en una década un retraso de decenios, confundieron los deseos con la realidad: los cambios legales y administrativos sólo tendrán virtualidad si su desarrollo se acompaña de los necesarios cambios culturales, no sólo dentro de la propia profesión, sino también dentro de su entorno profesional, ya que la sociedad no se cambia por decreto.

Por lo que respecta a la enfermería dentro de esta visión de futuro, la distinción entre enfermería, élites enfermeras y enfermeras, es algo fundamental a la hora de determinar a quién están destinadas a favorecer primordialmente las propuestas que se realicen. Satisfechas tantas de las expectativas de la enfermería como profesión y, sobre todo, de sus élites, probablemente es el momento de realizar propuestas que piensen sobre todo en las enfermeras que realmente cuidan de nosotros cuando lo necesitamos, para que nos cuiden aún mejor, naturalmente.

2. La larga marcha de la enfermería española: de ocupación a profesión

La enfermería española ha tenido que afrontar un complicado y aún inacabado proceso de transición que podríamos sintetizar como de ocupación a profesión. Hasta hace apenas unos 50 años, la enfermería era una ocupación subalterna y muy poco cualificada, dotada de un fuerte componente femenino-religioso, y puesta a disposición de los médicos y de las órdenes religiosas para asumir disciplinadamente las tareas parasanitarias más domésticas y hoteleras.

El título de enfermera no existió hasta 1915³, previamente existían los de practicante y matrona, que eran obtenidos mediante un examen en las facultades de Medicina. Sin embargo, mientras los practicantes eran formados en las propias facultades de Medicina, las matronas/enfermeras lo eran en escuelas hospitalarias, generalmente propiedad de órdenes religiosas, y con muy diferentes contenidos docentes, más técnicos los primeros, más espirituales y morales los segundos. En consecuencia, las enfermeras, mujeres, ejercían su ocupación en el ámbito hospitalario, mientras que los practicantes, hombres, lo hacían por lo general en la asistencia domiciliar y/o en consultas privadas, con especial presencia en el mundo rural donde apenas había médicos. Los practicantes, además, podían realizar una serie de actos médico-quirúrgicos que estaban vedados a las enfermeras. Esta dicotomía practicante-hombre-curador-autónomo y enfermera-mujer-cuidadora-asalariada tardaría muchos años en desaparecer, unos cuarenta años, desde el punto de vista legal, y otros treinta al menos de transición cultural.

2.1 Del franquismo a la democracia

El Plan de Estudios de 1953 creó la figura del ayudante técnico sanitario (ATS), refundiendo las de practicante, enfermera y matrona. Además, comenzó a exigir estudios previos de bachillerato elemental para acceder a las escuelas y también vinculó estas escuelas a las facultades de medicina, aunque las femeninas siguieran estando ubicadas, por lo general, en los hospitales y las masculinas, en las propias facultades.

3 Para la historia de la enfermería hasta la Transición nos hemos documentado de forma más directa en Domínguez-Alcón (1979, 1986), Hernández Martín (1996) y Miró Bonet (2008).

El *big bang* del sistema hospitalario español, iniciado en la segunda mitad de los años sesenta, supuso necesariamente un extraordinario incremento de la demanda de personal ATS, razón por la cual vino a ser habitual la norma de que, a hospital nuevo, escuela de enfermeras nueva. De este modo, alrededor de 1975 llegaron a existir unas 175 escuelas de ATS, casi el doble que ahora. Esto supuso también un extraordinario crecimiento cuantitativo de la enfermería que, ya en pleno proceso de transición democrática, pasaría de la abnegada opacidad de las salas médicas, a la reivindicación de su importante papel en unos servicios hospitalarios modernos.

La Ley General de Educación de 1970 ya previó que las Escuelas de ATS deberían convertirse en Escuelas Universitarias o en Centros de Formación Profesional o cerrar. De hecho, entre 1970 y 1985 se cerraron más de sesenta, lo cual generó problemas de *numerus clausus* que hicieron que estudiar enfermería fuera muy difícil, ya que la nota de corte para el acceso era la más alta y muy por encima de la de los estudios superiores en ciencias de la salud, como medicina o farmacia.

Hicieron falta otros siete años hasta que el RD 2128/1977 dictara las instrucciones precisas para que esa reconversión adquiriera rango legal y plasmará legalmente el carácter universitario de los estudios de enfermería con el nivel de diploma. En el curso 1977-1978 se incorpora la primera promoción de la diplomatura en enfermería, a cuyos estudiantes ya se les había exigido la superación del Curso de Orientación Universitaria (COU) para poder optar a los estudios. Es decir, que tuvo lugar por fin la equiparación académica de la enfermería española generalista con la de la mayoría de los países desarrollados. Habían transcurrido setenta años justos desde que en 1907 se creó en la Universidad de Minnesota la primera escuela universitaria de enfermería (Encyclopedia of Health Services Research, 2009) y casi sesenta desde que se implantara por vez primera el nivel universitario nacional en Nueva Zelanda (WHO, 2009).

Adicionalmente, el citado RD reconocía a quienes estuvieran en posesión de los títulos de practicante, enfermera, matrona o ayudante técnico sanitario los mismos derechos profesionales y corporativos de los nuevos diplomados en enfermería. Finalmente, se abrió un más que generoso proceso de homologación que permitió a la inmensa mayoría de los ATS convalidar sus estudios por la diplomatura universitaria, haciendo posible, por ejemplo, su encuadre en el Grupo B de las administraciones públicas. Ese proceso voluntario de homologación se ha prolongado, aunque con un largo paréntesis intermedio, durante casi treinta años, hasta 2008.

2.2 El lustro de oro de la enfermería española

La llegada del Partido Socialista al Gobierno supuso, a juzgar retrospectivamente por sus resultados, una magnífica oportunidad para la enfermería española. El primer equipo

ministerial socialista, dirigido por Ernest Lluch, lideró la transición sanitaria que culminaría con la aprobación y desarrollo de la Ley General de Sanidad de 1986, la creación del Sistema Nacional de Salud (SNS) y el comienzo del proceso de descentralización política hacia las CC AA.

El gobierno de la Unión de Centro Democrático (UCD) tuvo el innegable mérito de dotar de personalidad propia y diferenciada al sistema sanitario, mediante la creación en 1978, por segregación desde el Instituto Nacional de Previsión fundado 70 años antes, del Instituto Nacional de la Salud (Insalud) y la creación de un ministerio del ramo, avanzando también tímidamente hacia la creación de la atención primaria. Pero, por lo demás, las estructuras reales y el marco jurídico interno no avanzaron mucho. Probablemente tuviera algo que ver que en los apenas cinco años y medio de gobierno de UCD, el Ministerio de Sanidad tuvo nada menos que cinco ministros diferentes.

La relación entre Estado y medicina durante el franquismo se había caracterizado por una política de *laissez-faire* que posibilitó unas dinámicas fraudulentas, pero consentidas, de acaparamiento de jefaturas de departamento y cátedras, plenamente compatibles con la actividad profesional privada, a disposición de una oligarquía profesional que en absoluto estaría dispuesta a abandonar sus prebendas y privilegios en pro de una democratización del sistema sanitario público. Es bastante plausible la afirmación de que este estado de cosas no fue sino la resultante de un pacto implícito entre el Estado franquista y la medicina organizada: ésta toleraría la existencia de un sistema sanitario socializado, pero a cambio exigió disponer de manos libres para gobernar el sector público y ponerlo al servicio de su estatus social, sus roles institucionales y, sobre todo, sus rentas (De Miguel, 1982).

Las élites enfermeras de la transición, a diferencia de las médicas, adoptaron durante el tardofranquismo una postura activamente opositora. Muchos de sus líderes, ligados a sindicatos y partidos de izquierdas, llevaron a la práctica en los colegios oficiales las mismas tácticas entristas que el sindicato Comisiones Obreras desarrolló en los sindicatos verticales. De ahí que, primero durante la transición democrática y más intensamente durante los primeros gobiernos socialistas, la aportación de la profesión enfermera fue ampliamente reconocida, apoyada y recompensada. En buena medida, el primer ministerio de sanidad socialista, nutrido en sus puestos intermedios de muchos médicos progresistas del movimiento MIR, se apoyó en la enfermería para reformar el sistema sanitario frente a la resistencia de los viejos caciques médicos.

Comenzó entonces, con el primer Gobierno socialista, una auténtica edad de oro de la profesión, que se prolongaría durante casi toda la década de los ochenta. La Ley de Reforma Universitaria de 1983 crea el Cuerpo de Profesores Titulares de Escuela Universitaria, lo cual posibilita que la formación de los estudiantes de enfermería, históricamente en manos de médicos, comenzara a ser liderada por enfermeras. De esta manera, se produce una fuerte “enfermerización” de los planes de estudio, que dejan de

orientarse a formar minimédicos, profundizando en la formación de las teorías, modelos y procesos de enfermería, en la socialización en valores enfermeros y en la consolidación de una identidad profesional bien definida. Además de este importante cambio cualitativo, el desarrollo cuantitativo es impresionante entre 1983 a 1992, cuando la producción anual de diplomados en enfermería crece más de un 60%, de 4.000 a 6.500.

Casi al mismo tiempo, en 1984, las estructuras de personal sanitario no facultativo se modernizan en tres escalones, enfermeras diplomadas, técnicos especialistas (FP II) y auxiliares de enfermería (FP I), que hasta entonces se denominaban auxiliares de clínica. Las consecuencias de esta mera reordenación profesional van mucho más allá en términos culturales-profesionales. En realidad, se trata de sacar de los servicios centrales de radiodiagnóstico y laboratorios a la enfermería y sustituirla por un recurso más específicamente formado y más barato. Ello supone también sacar de ese ámbito asistencial a las enfermeras, ya que no prestaban cuidados de enfermería, sino que desempeñaban funciones técnicas no directamente asistenciales y donde, además, se concentraba una gran mayoría de la minoría profesional masculina. Los puestos que desempeñaban entonces se declaran a extinguir, las plazas extinguidas se sustituyen por otras nuevas de personal técnico especialista y las nuevas enfermeras son destinadas a las unidades asistenciales de atención primaria y asistencia especializada.

Este proceso localizado de reconversión de personal de enfermería estuvo íntimamente relacionado con la creación en 1986 del Sindicato de Enfermería-Satse, la organización más poderosa de la enfermería, con unos 75.000 afiliados actualmente declarados. El nombre adoptado originalmente, Sindicato de ATS de España, seis años después de la creación del título de Diplomado en Enfermería, supuso una definición bastante clara de su posicionamiento ideológico dentro de la profesión, ya que la herencia de los practicantes fue alargada. A pesar de ello, su notable capacidad movilizadora en una coyuntura propicia le proporcionó una rápida posición de liderazgo entre el conjunto de la profesión, a lo cual no es ajena la notable actividad de apoyo y desarrollo profesional realizada por la Fundación para el Desarrollo de la Enfermería (FUDEN) creada en 1989; pero tampoco, desde luego, las importantes victorias de las movilizaciones de 1986 y 1991, que consiguieron importantes subidas salariales lineales para el colectivo enfermero del Insalud.

Pero la consecuencia más importante de esta reestructuración estatutaria de 1984 fue el inicio del proceso de profesionalización de las antiguas auxiliares de clínica, ahora auxiliares de enfermería, a quienes se exige desde entonces estar en posesión de una titulación específica, la de formación profesional de primer grado en la rama sanitaria. Ello refuerza considerablemente la cualificación de los equipos de enfermería hospitalarios, si bien en atención primaria apenas tiene impacto.

Sin embargo, la medida que mejor simboliza la proyección de la enfermería hacia el futuro como grupo profesional dotado de identidad propia fue la creación, en 1985, de las direcciones de enfermería en el ámbito hospitalario, situadas a partir de entonces en

el mismo rango orgánico que las direcciones médicas, es decir, dependiendo directamente de las gerencias hospitalarias. No existe demasiado consenso acerca de la bondad sistémica de esta medida, pero a pesar de los nefastos augurios de caos organizativo que la pérdida del mando directo por parte de los médicos sobre las enfermeras iba a significar, esta medida hizo posible que la enfermería pasara de ser vista como un mero recurso logístico, a contar como un agente profesional competente y capaz de realizar sus propias aportaciones a la calidad y eficiencia asistenciales. En las salas y controles de enfermería nada sucedió. La relación entre médicos y enfermeras era por lo general muy fluida y cooperativa; la gran mayoría de las plantillas médicas estaba conformada ya por personal más joven, los *baby-boomers* de los años setenta, y su relación con el resto de los estamentos nada tenía que ver con el engolamiento jerárquico y a veces despótico de sus predecesores, quienes eran ya entonces una especie en vías de extinción, vía jubilación o por efecto de la Ley 53/1984, de 26 de diciembre, de incompatibilidades del personal al servicio de las administraciones públicas.

Por lo que respecta a la atención primaria (AP), en 1986 se produce la primera oferta de incorporación del personal estatutario de asistencia especializada a los equipos básicos de salud, una medida que posibilita la progresiva implantación de la enfermería en AP y de las consultas de enfermería como actividad diferenciada de las enfermeras, finiquitando rápidamente el papel de meras secretarías del médico que hasta entonces desarrollaban aquéllas. Desde un punto de vista cultural, la generalización de la consulta enfermera tuvo un tremendo valor simbólico en la definición de la identidad profesional de la enfermería.

Para ser justos, hay que decir de todas formas que, en un principio, la oferta de integración sirvió más como un medio de obtener un destino mucho más cómodo, sin turnos de noche, ni rotatorios, ni trabajo en fines de semana, para el personal de mayor edad que, por su antigüedad, obtiene casi siempre una puntuación mucho más alta en los baremos de los concursos. Habría que esperar a la incorporación de personal más joven de nuevo ingreso para que los programas de enfermería en AP obtuvieran una cierta notoriedad y desarrollo autónomo.

Finalmente, en 1987 tiene lugar lo que podría haber sido la brillante culminación de este lustro de oro de la enfermería española, que comenzó en 1983. La aprobación del Real Decreto 992/1987, de 3 de julio, que regula el acceso al título de enfermero especialista, aunque elude mencionar la palabra residencia, establece un sistema de acceso al título de especialista similar al de los MIR, ya que crea la figura de las unidades docentes de enfermería. El RD crea siete especialidades y ofrece una vía ordinaria de convalidación de los antiguos diplomas de Especialista por los nuevos títulos de enfermero especialista.

A partir de aquí, los acontecimientos se suceden de manera un tanto extraña. El RD preveía la creación de una Comisión Nacional de cada especialidad y de un Consejo Nacional de Especialidades, que sería el órgano de interlocución con las autoridades educativas. Aludiendo a la inexistencia de especialistas en todas las especialidades, ya que

no se había determinado reglamentariamente el tipo de pruebas que condujeran a la convalidación de los diplomas por los títulos de enfermero especialista, una Orden de 11 de julio de 1988 hace uso de una disposición transitoria del RD y constituye, en lugar del Consejo Nacional de Especialidades, un Comité Asesor de Especialidades, en el cual, en lugar de formar parte del mismo los presidentes de las comisiones nacionales de cada especialidad, lo hace el Consejo General de Colegios Oficiales de ATS y DE.

Como resultado, en los dieciocho años que median entre 1987 y 2005 no se produce ningún desarrollo de las especialidades enfermeras, ni convocatorias para la homologación de títulos, ni oferta de plazas para las especialidades, ni planes docentes, ni normas sobre las unidades docentes, únicamente la re-regulación de la especialidad de matrona, en 1992, y la de enfermería de salud mental, en 1998. De hecho, cuando se resucitan las especialidades en 2005 no es exactamente para desarrollar, ni siquiera corregir, el RD de 1987, sino para promulgar otro nuevo. No es fácil encontrar un caso similar, ni de desidia ministerial ni de connivencia corporativa ni, desde luego, de paciencia o resignación de un colectivo profesional al que, por pura lógica, las expectativas abiertas en 1987 no deberían haberle dejado indiferente.

2.3 La travesía del desierto

No es fácil saber si existe algún tipo de relación causal, pero el mismo año de la creación del frustrado Comité Asesor de Especialidades (1988), que se encarga de hibernar el desarrollo de las especialidades enfermeras, toma el poder en el Consejo General de Enfermería (denominación actual) la coalición conservadora que hoy, 22 años después, se mantiene aún al frente de la organización colegial y que ha conseguido consolidar unas estructuras colegiales extremadamente personalistas, gerontocráticas y masculinizadas⁴, muy mercantilistas y opacas, donde los intereses personales y corporativos se entrecruzan y a veces son indistinguibles, ante el desdén inconsciente, aunque no incomprensible, del grueso de la profesión, en su mayoría obligada a permanecer colegiada y abonar religiosamente sus cuotas. Sólo en cuatro de las 17 CC AA existe libertad de colegiación para los profesionales empleados por el sistema sanitario público.

También en el terreno sindical se produce a finales de los ochenta un vuelco, aunque no tan conservador, consecuencia del entrecruzamiento de varias dinámicas: los viejos sin-

4 En una profesión en la cual el 84% de sus miembros son mujeres, 32 de los 52 presidentes colegiales provinciales (el 62%; en Satse, sólo el 44%) y 12 de sus 17 presidentes autonómicos (el 71%; el 53% en Satse) son hombres. De los ocho miembros de la propia Comisión Ejecutiva del CGE, siete (el 88%; el 43% en Satse) son hombres. Por supuesto, no hay que meter en el mismo saco a todos los colegios (por ejemplo, en el de Álava todos los miembros de su Junta de Gobierno son mujeres y bastante jóvenes en general), pero una rápida ojeada antropomórfica del entramado directivo colegial muestra que no existe en él demasiada “enfermero-diversidad”: domina claramente el prototipo de hombre mayor.

dicalistas enfermeros han accedido a responsabilidades directivas en los centros sanitarios y deben, por tanto, administrar los recursos y las políticas en una época caracterizada por un fuerte déficit sanitario y una políticas presupuestarias muy restrictivas que tratan de reconducir una dinámica fuertemente inflacionista en el gasto sanitario público. Quienes hace una década eran sindicalistas reivindicativos, hoy son quienes generan precariedad laboral y condiciones laborales estresantes. Los sindicatos de clase de donde proceden se sienten atrapados por su acceso al poder y pierden fuerza reivindicativa. El desprestigio de los antiguos líderes, hoy directivos de enfermería, arrastra también a los inactivos sindicatos de clase y genera un hueco que será rellenado por un pequeño sindicato formado en 1986 por un puñado de enfermeros a quienes se trata de echar de los servicios centrales hospitalarios para sustituirlos por técnicos especialistas.

También se explica este vuelco sindical por determinadas políticas de gestión que se van consolidando poco a poco a nivel local, como el abuso sistemático del recurso a la contratación temporal, que hace que cerca del 30% de las enfermeras estén entonces ligadas por contratos temporales, eventuales o interinos. Al personal más joven, el que trata de incorporarse a la vida laboral tras dejar las escuelas universitarias de enfermería (EUE), empieza a costarle muchos más años acumular los puntos necesarios para acceder a la plaza fija y, además, si antes lo más normal es que el personal eventual o sustituto enlazara contratos en un mismo centro, a la espera de la consolidación del puesto, la realidad ahora es más ingrata. Empieza a haber desempleo, puesto que la producción de profesionales se ha acelerado en los años pasados, cuesta más enlazar unos contratos que, además, son más cortos por el empleo predominante de la figura del sustituto que la del eventual o interino, y hay que ir rotando por los centros que los baremos de las bolsas de empleo resulten en cada momento.

Finalmente, por lo que respecta a las élites intelectuales, verdaderos referentes profesionales, desempeñaron un papel crucial en el despegue y desarrollo de una enfermería moderna, ya que establecieron sus fundamentos conceptuales e ideológicos y definieron lo que vendrían a ser con el tiempo sus señas de identidad profesional y social más marcadas. No sólo importaron, reelaboraron, adaptaron, divulgaron y consolidaron los propios fundamentos de la profesión, sino que fueron además quienes diseñaron desde los centros directivos de las administraciones sanitarias o las escuelas de salud pública ambiciosos programas de desarrollo profesional que aún hoy son referentes para muchas actuaciones.

En 1979 se crea la Asociación Española de Enfermería Docente (AEED), que aglutina a enfermeras docentes de las EUE pero sobre todo de las unidades de formación continuada hospitalarias. En torno a esta organización y con el vehículo inestimable de la revista *ROL de Enfermería*, se generó en muy poco tiempo la masa crítica necesaria para que la visión de una profesión enfermera moderna, diferenciada y respetada dejara de considerarse algo meramente visionario y comenzara a tomar cuerpo, movilizándolo a amplios sectores de la profesión y generando una verdadera ideología enfermera que pasó rápidamente a ser hegemónica, el paradigma de una nueva etapa, de una nueva profesión.

Pero a finales de los ochenta, las madres fundadoras se encuentran ya entonces refugiadas en unos entornos básicamente docentes menos procelosos y estresantes y su aportación va a consistir fundamentalmente en garantizar que en las escuelas que dirigen se desarrollen unos exigentes procesos de socialización y desarrollo competencial de los futuros profesionales en la ortodoxia enfermera.

Este contexto de transición de liderazgos nos ayudará a entender las razones por las cuales en el espacio de tiempo que media entre 1987 y 2005 no existe ninguna regulación central relevante sobre la profesión. Un factor adicional muy importante son las consecuencias del proceso de descentralización política del SNS, es decir, que dentro de sus competencias, cada comunidad autónoma ejercita sus capacidades regulatorias, con un impacto muy importante para los profesionales de su ámbito geográfico, pero con irrelevancia estratégica o cultural para el conjunto de las profesiones sanitarias.

Pero, además de esta causa exógena, también es preciso referirse a la responsabilidad de la propia enfermería, especialmente por la absoluta irrelevancia política de su liderazgo corporativo, así como el aparente desinterés por ponerse manos a la obra y tratar de liderar la profesión. Dado el desinterés del Consejo General de Enfermería (CGE) por liderar la profesión, la única alternativa hubiera sido la sindical, dada la gran capacidad de representación de Satse, pero el brazo sindical de la profesión se pierde en procesos de conflictividad laboral locales, con mayor o menor éxito según las situaciones, pero siempre muy claros en sus objetivos. Las elecciones sindicales se celebran a nivel local, las reivindicaciones globales no pagan. Por otro lado, aunque el sindicato posee un discurso profesional bastante sólido, y su Fundación para el Desarrollo de la Enfermería (FUDEN) desempeña un papel no desdeñable en aspectos formativos y de desarrollo y dinamización profesional, lo cierto es que las almas sindical y profesional no compatibilizan bien, son compartimentos estancos que caminan en paralelo, y la visión a corto plazo tiende a predominar sobre otras miradas más estratégicas que quedan en un modesto segundo plano.

Así, por poner un solo ejemplo, puede entenderse la colaboración imprescindible del sindicato en el lamentable fraude profesional que ha supuesto el proceso de implantación de 17 modelos de carrera profesional, concienzudamente centrifugados cada uno de ellos hasta permitir decantar únicamente lo más líquido, sus componentes más puramente funcionariales, su esencia pura de premio de antigüedad, tirando a la basura sus elementos más sólidos, todo su potencial motivador de la excelencia y el progreso profesional, en definitiva, hasta convertirlo en un mero componente retributivo más (Moliner Prada e Iglesias Clemente, 2005). La oportunidad que tuvo la profesión enfermera de dotarse de un instrumento incentivador y discriminador en positivo de las aportaciones de las enfermeras, de la evolución de sus competencias y funciones, fue tirada miopemente por la borda ante la oportunidad de obtener a corto plazo un aumento retributivo lineal.

En cualquier caso, la situación de sequía se alargó hasta que el segundo gobierno del Partido Popular quiso y fue capaz de consensuar un paquete legislativo de mínimos, entre

ellos y por lo que interesa a este documento la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS), un instrumento de ordenación que tan pronto fue aprobado ya se había quedado demodé. Bien es cierto que suponía un avance sobre la arregulación anterior, pero su enfoque burocrático, uniformador desde el punto de vista organizativo y estamentario desde el punto de vista profesional, no da respuesta a las nuevas necesidades de desarrollo profesional basado en las competencias de gestión clínica por procesos.

En cualquier caso, la LOPS supone para la enfermería el fin de su travesía del desierto, ya que su desarrollo obligó a aprobar un nuevo decreto de especialidades. Volveremos más adelante sobre los desarrollos que han tenido lugar desde entonces.

2.4 La posición de imagen de la enfermería española

Como respuesta a esta frustración de las expectativas profesionales de la enfermería, las organizaciones profesionales con mayor impacto en la profesión⁵ deciden abrir a finales de 1997 un proceso conjunto de reflexión sobre la situación presente y las perspectivas de futuro de la profesión. Este proceso debería culminar con la edición del “Libro Blanco de la Profesión de Enfermería”, concebido como un instrumento estratégico de debate y movilización de la profesión que pudiera abrir, bajo un liderazgo unificado y cohesionado, un proceso de negociación con las administraciones sanitarias para debatir una agenda profesional con objetivos concretos a corto y medio plazo.

Desde el primer momento, las cuatro organizaciones invitaron al CGE a unirse al proyecto en pie de igualdad, pero la respuesta del consejo fue de una extraordinaria deslealtad. Utilizando tácticas dilatorias y obstruccionistas, consiguió ralentizar los trabajos en espera de una incorporación, siempre inminente, pendiente sólo de la agenda, que nunca llegó a consumarse. Así consiguió unos meses de holgura, tiempo suficiente para encargar y conseguir publicar en un tiempo record su propio libro blanco, que no fue en realidad sino el resultado de una macroencuesta encargada precipitadamente a un conocido instituto de investigación, oportunamente denominado “Libro Blanco de la Aportación de la Enfermería a la Salud de los Españoles” (CGE, 1998).

El proyecto se diluyó igual que nació, de modo premeditado y sin ruido. Muy probablemente, si no hubiéramos dejado constancia de este proceso en este documento⁶, parecería que nunca hubiera existido. Lo que sí dejó fue una serie de investigaciones sociológicas que, aunque se hayan quedado guardadas en un cajón, podemos rescatar para ofrecer una breve panorámica de la enfermería española a las puertas del siglo XXI (Duró, 1998).

5 Por estricto orden alfabético: Asociación Española de Directivos de Enfermería (AEDE), Asociación Española de Enfermería Docente (AEED), Conferencia de Directores de Escuelas Universitarias de Enfermería (CNDEUE) y Sindicato de Enfermería-Satse.

6 El autor de este documento fue el coordinador técnico del proyecto.

La primera fase del diagnóstico de situación del proyecto consistió en una encuesta a 1.000 enfermeras de todo el Estado, segmentadas por comunidad autónoma, sexo, edad y nivel asistencial. Esta fase cuantitativa, precedida de un estudio cualitativo para orientar adecuadamente el diseño del cuestionario, permitió focalizar algunos problemas básicos y proporcionó una especie de radiografía del colectivo enfermero español. Aunque las características de este documento no nos van a permitir detallar sus principales conclusiones, sí nos detendremos en la que los analistas calificaron como la principal y más llamativa: la principal fuente de frustración era que su autoestima profesional estaba bajo mínimos y la autopercepción de su imagen pública era absolutamente negativa, estaban satisfechas con ser enfermeras, pero no con ser enfermería. Esta autopercepción depresiva de la profesión no coincidía, sin embargo, con los estudios de opinión pública (Sarabia, 2009) que siempre han mostrado, y lo siguen haciendo actualmente, unos niveles envidiables de valoración pública como colectivo.

El estudio cualitativo que se desarrolló a continuación se centró en investigar las causas de esta contradicción entre la realidad objetiva o imagen pública y subjetiva o autoimagen. Para ello era preciso escuchar al mercado objetivo de la enfermería con mucho más nivel de detalle cualitativo que el obtenible con cualquier encuesta. Se realizaron seis discusiones de grupo conformados en función de las variables sexo, edad, experiencia de uso de los servicios sanitarios y tipo de servicios utilizados. Las principales conclusiones de carácter general son tres:

- El médico es un referente básico que ocupa prácticamente todo el espacio de visibilidad en el sector sanitario, y ello condiciona claramente la imagen de la enfermería. Esto se evidencia desde el primer momento, ya que en las discusiones de grupo que dirigimos era prácticamente imposible que los participantes se centraran en la enfermería, pues a los cinco minutos estaban hablando ya de la medicina. El análisis de los discursos nos lleva a establecer un marco claro de oposición de imagen. Es decir, se describe a la enfermería por lo que no es, no por lo que es; y no es precisamente lo que es el médico. La Tabla 1 recoge el retrato-robot de esta oposición de imagen.
- La enfermería no posee un perfil de imagen de profesión, sino más bien de ocupación vocacional, subordinada, más basada en las habilidades de trato que en una sólida formación científico-técnica, con mucha dedicación, pero ganando mucho menos, sin expectativas de progreso. Finalmente, está muy extendida la noción de que quien se hace enfermera en el fondo es porque no pudo, en términos de clase social y/o de capacidad, hacerse médico.
- La actividad de enfermería presenta rasgos de imagen nítidamente asociados a lo vocacional y, en este sentido, alejados de lo profesional. El rasgo vocacional presenta connotaciones casi de cuidado humanitario, duro y abnegado, asociado a tareas muy ingratas, vinculado al aguante y a la constancia y rutina. En definitiva, lo que debería ser gestionado como un plus, una profesión formada y competente con vocación, además, de servicio público afectivo, y no sólo efectivo, constituye el rasgo básico de imagen.

Tabla 1. La oposición de imagen de medicina y enfermería

Médico	Enfermera
Masculino	Femenino
Diagnosticar, curar, tratar (de tratamiento)	Cuidar, tratar (de trato)
Sanidad	Enfermedad
Conocimiento, saber	Práctica, técnica, experiencia
Lo principal	Lo auxiliar
Firmar, prescribir, autorizar	Dispensar, ejecutar, obedecer
Mayores responsabilidades	Trabajo más duro e ingrato
Ciencia sin humanidad	Humanidad sin ciencia
Estatus	Rol
Profesión, carrera	Ocupación vocacional, estudios

Fuente: Duró, 1998

Resulta más que evidente que la enfermería española no ha querido, o no ha sabido, vender la profesión como un activo esencial en la división del trabajo sanitario. Sus élites han estado, sin duda alguna, más pendientes de pulir su propia imagen que de intentar construir una imagen corporativa de profesión capacitada y moderna, con personalidad y presencia social propias.

El CGE y las demás organizaciones profesionales deberían tomarse muy en serio la necesidad de construir una imagen, porque hacerlo significa dar visibilidad al colectivo y, por tanto, hacer profesión. Sin un verdadero reconocimiento social de su aportación profesional será simplemente imposible romper el techo de cristal que mantiene a la enfermería como una ocupación subordinada. Lo que sí han querido y sabido hacer en el mundo académico, deberían tratar de trasladarlo al asistencial que es donde realmente las enfermeras trabajan duro, y si ya lo tienen difícil simplemente para desempeñar su trabajo diario, mucho más lo tendrán para reconducir su carrera con nuevos recursos como convalidación del grado, máster, doctorado o especialidades.

En definitiva, del estudio de imagen se desprenden algunos hechos que deberían ser tomados en consideración:

- No existe la Enfermería, sino las enfermeras.
- La imagen de la profesión mejora lentamente gracias sobre todo a las nuevas generaciones de enfermeras y a los nuevos roles en la atención primaria, como la consulta de enfermería o las enfermeras gestoras de casos entre otros.
- Profundizar en los aspectos vocacionales o humanitarios de los cuidados enfermeros asociados a los cuidados enfermeros no va a ayudar en términos de imagen. Es preciso

presentar en sociedad los conocimientos y destrezas técnicas que caracterizan a cualquier profesión o, si no, habrá que elaborar un discurso socialmente potente para explicar a la sociedad todo aquello que tienen de destreza técnica demostrable los cuidados enfermeros.

- La enfermería debería aspirar a tomar presencia como colectivo autónomo y con claro perfil profesional, y para ello debería diseñar un plan de comunicación que la llevara “del silencio a la voz” (Buresh y Gordon, 2006), lo que las enfermeras saben y deberían comunicar al público. La enfermería no debería tolerar que su aparición en los medios de comunicación únicamente se produzca cuando es protagonista involuntaria de un suceso grave, como el reciente caso del bebé Rayán, fallecido el 13 de julio de 2009 en un hospital madrileño, presuntamente a causa del “terrorífico error”, como lo calificó el gerente del centro, de una enfermera.

3. La enfermería española de hoy

Como ya hemos visto, bien entrada la segunda mitad del siglo XX no existía en España algo que pudiera llamarse siquiera lejanamente profesión enfermera, pero por si alguien lo olvida, tampoco existía algo que pudiera llamarse con propiedad sistema sanitario. Cuando el franquismo desarrollista intentó crear algo parecido a lo que los países europeos avanzados empezaban a denominar sistemas sanitarios, desencadenó unos cuantos procesos secundarios, no sólo no planificados, ni siquiera previstos por los prebostes sanitarios de la época, entre ellos que los nuevos cuadros médicos hospitalarios, sociológicamente distintos ya de las viejas élites, emparentadas sobre todo con las cátedras universitarias, empezarían a necesitar personal de enfermería mucho más cualificado. Además de un salto cuantitativo, puesto que se necesitaba más personal, sería necesario un salto cualitativo, ya que se necesitaba mejor personal, profesionales más formados y competentes que acompañaran al médico en su proceso de intensa tecnificación.

La respuesta más lógica entonces fue una intensiva medicalización de los planes de estudio de ATS, que aunque ha sido siempre agriamente denostada por la ideología enfermera dominante en su discurso sobre “la colonización médica”, ahora, cuarenta años después, es posible evaluar como un primer salto cualitativo muy valioso para la enfermería española. Por primera vez, alguien cualificado reconocía su potencial de aportación a un sistema sanitario moderno. En esta fase, que Domínguez-Alcón (1978) denomina “de profesionalización práctica”, comienza a diluirse un tanto la concepción más arcaica de la enfermera. Y no hay que olvidar, por otro lado, que más horas de colonización médica o enfermería médico-quirúrgica implicaban menos horas de colonización ideológica o moral enfermera, de manera que durante aquellos años se produce también un proceso de laicización de la enfermería.

Cuando las madres fundadoras se plantean en los años setenta terminar con la posición subordinada y descualificada de la enfermería, iniciando así la larga marcha de ocupación a profesión, deben enfrentarse a ciertas exigencias básicas características de los procesos de profesionalización (Freidson, 1978; Abbott, 1988, 1991), tales como la formalización de la base de conocimiento distintiva; la definición de ámbitos autónomos de práctica profesional; el establecimiento de un sistema formal de organización corporativa con capacidades autorregulatorias; el control pleno sobre los procesos de formación de los profesionales; y, sobre todo, una capacidad de influencia decisiva sobre las decisiones políticas relativas a la propia profesión, es decir, un aumento de su poder profesional (Johnson, 1972; Forsyth y Danisiewicz, 1985). El cemento que mantiene unidos todos estos componentes es una ideología profesional, un modo común de ver y entender la profesión, definir su *locus* profesional y proyectarlo socialmente.

El poder profesional es fundamental para garantizar autonomía, recursos, prestigio y rentas, pero la base real que sustenta estratégicamente el poder profesional es la legitimidad, eso que permite que los otros actores reconozcan tu capacidad de actuar independientemente en tu propio territorio dentro de un ecosistema común. La posición de la enfermería en aquellos años, teniendo en cuenta la pesada herencia cultural que ya hemos descrito, es francamente adversa para proyectarse con éxito hacia el futuro. Y se enfrenta entonces al mismo dilema que antes debieron resolver sus colegas de otros países desarrollados:

“El curioso dilema de la enfermera es que puede ser vista renegando de las tareas que le son propias para cambiar su posición en la división paramédica del trabajo, posición que está cuidadosamente legitimada por su relación con la medicina. Para evadir la subordinación a la autoridad médica, debe encontrar algún área de trabajo sobre la que pueda reivindicar y sostener la exclusividad, pero debe hacerlo en un ambiente en el que la tarea central es la curación, que está controlada por la Medicina (...) Deben aprender a encontrar una satisfacción en esa subordinación o bien encontrar otra fuente independiente de legitimidad” (Freidson, 1978:79).

La enfermería española de la transición se encontró, pues, con la disyuntiva de optar por conquistar funciones propias y exclusivas dentro de la división del trabajo médico, una autonomía funcional o vertical, o por tratar de desarrollar un ámbito propio de desarrollo profesional crecientemente desligado de lo propiamente médico, es decir, una autonomía conceptual u horizontal. Sin embargo, como bien señaló Freidson hace cuarenta años, el proceso de obtención de la independencia conceptual debe realizarse en el rígido marco de una fuerte dependencia funcional.

En España se impuso culturalmente una ideología enfermera que se reivindicó, para definir su ámbito disciplinar y profesional autónomo, como heredera de siglos del binomio mujer-cuidados. La elección, de origen básicamente ideológico, fue clara. Sólo si la enfermería española era capaz de convertirse en, y legitimarse como, una disciplina científica propia y diferenciada, podría llegar a ser admitida como una profesión independiente y autogobernada. Y comenzó la adaptación del cuidado enfermero como núcleo disciplinar propio y exclusivo de las Ciencias de la Enfermería. Esta opción, sin embargo, entró en claro conflicto con la realidad, y el hecho es que la enfermería no tuvo suficiente fuerza como para modificar significativamente esta realidad, por lo que su opción proyectó una alargada sombra, desde un pasado pletórico a un presente melancólico. Casi treinta años después, quienes impulsaron el proceso tienen que reconocer que esa “gravísima contradicción (...) tiene como consecuencia que el papel de la enfermera se ve relegado a la realización de tareas que complementan la intervención médica” (Alberdi y Cuxart, 2005). Es decir, que treinta años de larga marcha de ocupación a profesión no han bastado para que la enfermería encuentre un sitio al sol, autónomo y reconocido, dentro del sistema sanitario.

Es cierto que el franquismo supuso una importante rémora y que la enfermería española no pudo participar de los procesos intelectuales, educativos y organizativos de sus colegas europeos, pero al cabo de todos estos años cabría preguntarse honestamente si los planteamientos de las madres fundadoras no pecarían de una excesiva ideologización y de un cierto esquematismo mimético que les hizo creer que sería posible importar los modelos europeos de enfermería más avanzados del momento a un contexto sanitario tan medicocéntrico y extremadamente elitista, amortizando casi en un soplo un largo pasado de atraso cultural.

En todo caso, la larga marcha sigue, y en este capítulo trataremos de analizar la situación actual de la enfermería, sus retos más urgentes y sus necesidades de futuro como profesión.

3.1 La dimensión cuantitativa: demografía profesional

Antes de adentrarnos en un intento de descripción sociológica de la enfermería española del siglo XXI, creemos importante conocer a la profesión desde un punto de vista cuantitativo, especialmente porque algunos aspectos demográficos como la escasez de enfermeras, sobre todo en relación con el número de médicos, ocupan un espacio muy central en el debate actual sobre la enfermería. Nos centraremos en el análisis de las dinámicas demográficas actuales para poder proyectarlas hacia el futuro y en las causas de la marcada escasez de enfermeras, al menos desde una comparativa internacional.

A) La situación nacional

Como es bien sabido, la inexistencia de un registro oficial de profesionales sanitarios en nuestro país nos impide conocer de manera directa y fiable cuántos sanitarios hay y cuáles son sus características básicas. Por ello es preciso recurrir a cálculos sobre una base informativa de dudosa fiabilidad, la que suministran los colegios provinciales sobre la base de sus colegiados. Si a ello le añadimos el hecho de que hay cuatro CC AA donde no es obligatoria la colegiación para el personal al servicio de las administraciones públicas, la cosa se complica algo más.

La fuente oficial más detallada de la que disponemos para conocer el *stock* de profesionales es la estadística de profesionales sanitarios colegiados del INE, que se nutre precisamente de los datos colegiales. La última serie disponible es bastante reciente y nos proporciona una descripción de los efectivos profesionales a 31 de diciembre de 2008. Esta fuente proporciona una clasificación muy genérica, ya que distingue únicamente entre “colegiados jubilados” y “colegiados no jubilados”, si bien existe una tercera categoría, “no consta”, que en 2008 contabilizaba apenas un 4% del total, aunque cuatro años antes llegaba casi al 10%. Esta categoría de “no consta” se limita, afortunadamente, a los

tres colegios provinciales de Granada, Huesca y Las Palmas, que no han sido capaces de desagregar los datos de sus colegiados aunque sea con este nivel de detalle tan burdo. Por ello, creemos que es posible suprimir el grupo de los “no consta” sin graves riesgos estadísticos, extrapolando el promedio de los porcentajes de jubilados y no jubilados de los restantes 49 colegios a los tres rezagados.

Existen otros dos factores que hay que tener en cuenta a la hora de realizar cálculos demográficos sobre los recursos humanos enfermeros: por un lado, no sabemos cuántas enfermeras permanecen colegiadas al jubilarse y cuántas se dan de baja, sólo disponemos de información sobre las enfermeras colegiadas jubiladas; por otro lado, no sabemos qué porcentaje de los “no jubilados” son población activa o inactiva dentro del sector sanitario nacional, ya que puede haber trabajadores en un variado surtido de situaciones de inactivo a efectos prácticos como trabajadores en el extranjero, excedentes, docentes, estudiantes de posgrado o especialidades, trabajo en otros sectores, situaciones de invalidez o incapacidad laboral. Por ello, es necesario referirse a los colegiados no jubilados como población potencialmente activa, un concepto habitual en demografía que significa que nos referiremos a aquellos profesionales que por titulación, colegiación y situación son o podrían ser población activa (Sanjuan i Nebot, 2009).

Antes de entrar en los cálculos, aclararemos que los datos desagregados de la estadística del INE sólo están disponibles desde 2004 a 2008, una serie demasiado corta como para intentar identificar tendencias, ni de futuro ni de pasado, pero que nos sirve para tratar de cuantificar datos importantes sobre demografía profesional. Estos datos pueden verse en la Tabla 2.

Tabla 2. Indicadores demográficos utilizados

Indicador	2004	2005	2006	2007	2008	Media 2004 - 2008
A.- Total colegiados (a)	232.185	237.775	243.918	250.057	257.355	244.258
B.- (1) Colegiados jubilados y (2) saldo sobre año anterior (a)	17.028	16.663	16.797	17.182	18.486	17.231
	---	- 365	134	385	1.304	365
C.- (1) Colegiados potencialmente activos, (2) % sobre total colegiados y (3) Crecimiento anual (a)	215.157	221.142	227.121	232.875	238.869	227.033
	92,7%	93,0%	93,1%	93,1%	92,8%	92,9%
	---	5.985	5.979	5.754	5.994	5.928
D.- Enfermeras en formación sanitaria especializada (b)	591	743	794	834	834	759
E.- Diplomadas de las EUE (c)	8.730	8.699	8.764	8.748	8.987	8.786
F.- Títulos extranjeros homologados (b)	564	781	816	1.382	1.243	957
G.- Total altas anuales (E + F)	9.294	9.480	9.580	10.130	10.230	9.743
H.- Total bajas anuales (G-C3)	---	2.749	3.600	4.376	4.236	3.628

Fuente: (a) INE, Estadística de Profesionales Sanitarios Colegiados; (b), INE, Estadística de la Enseñanza Universitaria; (c) Ministerio de Educación, Anuario Estadístico 2010

- Según los datos, a 31 de diciembre de 2008 había un total de 257.355 profesionales de enfermería colegiados, de los cuales 215.197, un 84%, son mujeres y tienen la especialidad de matrona 7.216. Había también 18.486 colegiados jubilados, por lo que el número de enfermeras potencialmente activas fue de 238.869, un 93% de la colegiación total, porcentaje que parece mantenerse prácticamente constante en los últimos años. A lo largo del año, se incorporaron a la profesión 8.987 nuevas diplomadas, de las cuales 507 comenzaron la formación sanitaria especializada, y también se homologaron 1.243 títulos extranjeros.
- En el período 2004-2008, el incremento medio de la población colegiada potencialmente activa fue de 5.928 enfermeras.
- El incremento medio interanual del número de enfermeras colegiadas jubiladas fue de 365. Por otro lado, el promedio de enfermeras en formación sanitaria especializada fue de 759, lo que significa que el promedio anual de bajas laborales registradas, suma de las dos anteriores cifras, fue de 1.124.
- El número medio anual de enfermeras diplomadas en universidades españolas durante el período 2003-2004 a 2007-2008 fue de 8.786. A ello habría que sumarle el número de enfermeras formadas fuera del sistema educativo español, que conocemos a través del número de títulos extranjeros homologados, cuyo promedio anual fue de 957. Sumando ambos datos, podemos cuantificar en 9.743 el promedio anual de altas para el período 2004-2008, creciendo a una tasa interanual media del 2,4%.
- Teóricamente, el crecimiento de la población potencialmente activa sería exclusivamente el resultante de las altas (9.743), menos las bajas (1.124), lo que nos daría un resultado de 8.619. Sin embargo, la población potencialmente activa se incrementó sólo en 6.115 unidades, lo que nos da una diferencia de 2.504 bajas no registradas.
- Si añadimos estas 2.504 bajas no registradas a las 1.124 registradas, podemos cuantificar en 3.628 el promedio de bajas anuales para el período analizado, que han venido creciendo a una tasa interanual media del 13,5%, si bien este crecimiento tiende a estabilizarse en tasas más moderadas, en torno a un 2,7% anual. Ello puede coincidir de manera aproximada con las 40.000 jubilaciones en diez años que prevé el CGE (2009), ya que los datos y el sentido común demográfico apuntan a una dinámica creciente en el número de jubilaciones, consecuencia del *boom* de las plantillas de enfermería durante los años setenta del siglo pasado, y a un crecimiento mucho más moderado de la oferta de plazas de grado y de formación especializada, como analizaremos en el apartado siguiente.
- El balance de este período muestra 227.033 enfermeras potencialmente activas, 9.743 altas anuales, y 3.628 bajas anuales. El crecimiento vegetativo neto anual sería de 6.115 enfermeras, equivalentes a un 2,6% del *stock* del año anterior. El porcentaje de

altas sobre la población potencialmente activa ha disminuido entre 2005 y 2008 de un 4,2% a un 3,5%, es decir, un 17%. Por el contrario, el porcentaje que representan las bajas se ha incrementado de un 1,3% a un 1,8%, lo que supone un 39%. La diferencia entre altas y bajas, que era 2,9 puntos en 2005, se reduce en 2008 a 1,7 puntos, un 41%. Ello señala una tendencia de futuro a medio plazo de crecimientos decrecientes en la población activa enfermera, salvo que el proceso de producción de profesionales y/o los flujos migratorios positivos se incrementen para compensar el envejecimiento poblacional.

- En cuanto a la proyección esperada para 2010, si las tasas medias de incremento en la población potencialmente activa durante el período estudiado, 2004-2008, se hubieran mantenido estables, el cálculo nos indicaría que la población potencialmente activa al comenzar 2010 sería de aproximadamente 251.000 enfermeras; que el número de bajas que cabe esperar en 2010 estaría en torno a 4.300; y que el número de altas esperables sería ligeramente superior a 10.500. Dado que la estimación del INE de la población a 1 de enero de 2010 es de 45.989.016 personas, la tasa de enfermeras tituladas potencialmente activas por 1.000 habitantes sería ahora de 5,46.

Si contrastamos esta información desde el lado de la oferta con los datos disponibles desde el lado de la demanda, las cuentas no cuadran. La Estadística de Establecimientos Sanitarios en Régimen de Internado (EESRI) del INE de 2007 contempla 135.000 enfermeras en estos establecimientos. El Sistema de Información de Atención Primaria del MSPS contempla otras 27.500. Estos dos colectivos fundamentales suman 162.500 enfermeras. Un reciente estudio no oficial (Aliad, 2010) estima en 25.500 el número de enfermeras que trabajan en la sanidad privada, lo cual nos añade unas 10.500 más a las 15.500 del sector privado que ya habíamos registrado a través de la EESRI, así que tenemos registradas 173.000, es decir, 66.000 menos de las 239.000 potencialmente activas. Hay que tener en cuenta, por otro lado, que existen numerosos colectivos, imposibles de cuantificar, que acogen a bastantes miles de efectivos en conjunto, como autónomos; centros sociosanitarios sin régimen de internado; mutuas patronales; sanidad penitenciaria; docentes de EUE y otras escalas educativas como formación profesional; visitadores en la industria farmacéutica; cuerpos y escalas de administraciones públicas; puestos directivos de centros sanitarios; enfermeras de empresa; y directivos y cargos intermedios, entre muchos otros.

El número de enfermeras activas, matronas incluidas, que proporciona el INE en la Encuesta de Población Activa para 2007, es de 195.000, una cifra bastante más cercana a la de nuestra población potencialmente activa calculada, pero aún nos deja algunos miles de enfermeras potencialmente activas perdidas. Podríamos concluir, por tanto, que en torno a 200.000 enfermeras serían la población efectivamente activa y que las cerca de 25.000 restantes podrían constituir la población colegiada inactiva. En este caso tendríamos una tasa de 4,35 enfermeras activas por 1.000 habitantes, que se corresponde con el indicador *practising nurses* utilizado por la OCDE.

En todo caso, mientras no se regulen y desarrollen los 17 registros autonómicos de profesionales previstos en la LOPS hace ya siete años⁷ como responsabilidad conjunta de administraciones y colegios profesionales, no sólo no serán posibles análisis demográficos aceptablemente solventes, sino que tampoco lo será, y esto es lo peor, una planificación mínimamente seria de los recursos humanos sanitarios.

B) España en su entorno: enfermeras, médicos... ¿y alguien más?

¿Tiene España el número de enfermeras que necesita? A decir verdad, no podemos saber si el número de enfermeras o de médicos es adecuado, excesivo o escaso, porque sólo podríamos valorarlo a través de estándares validados que no existen. Por otro lado, existen grandes disparidades territoriales y sectoriales que hacen que tengamos simultáneamente enfermeras suficientes, escasas y excesivas, según el lugar al que nos refiramos. Sólo podemos obtener algún indicador indirecto comparándonos con otros países o sistemas parecidos al nuestro. A pesar de que existen características peculiares de cada sistema, si promediamos entre un buen número de países desarrollados, podemos descontar las diferencias, ya que para cada rasgo o peculiaridad podemos suponer que habrá países que tengan más y otros que tengan menos.

Antes de empezar con las comparaciones internacionales hay que advertir acerca de la gran heterogeneidad en la definición de categorías y titulaciones profesionales en los distintos países que sirven de base para las comparaciones. Si bien existe bastante coincidencia en definir lo que es la figura del médico, resulta mucho más difícil homologar inequívocamente las definiciones de enfermera, matrona, partera o auxiliar de enfermería.

En muchos países, las matronas o parteras no son consideradas enfermeras como, por ejemplo, los odontólogos no son considerados médicos. También existen categorías funcionales intermedias entre las enfermeras y el personal auxiliar de enfermería, y no menos aún entre este personal y lo que serían aquí nuestros celadores y similares, encuadrados dentro del personal no sanitario (*nursing assistants*, *state enrolled nurses* y *healthcare assistants* en el Reino Unido; *practical nurses* en EE UU y Canadá; *enrolled nurses* en Australia, Nueva Zelanda e Irlanda o *aides-soignants* en Francia). El problema básico es que mientras en algunos países como España los criterios de clasificación del personal se estructuran básicamente en niveles educativos y áreas de conocimiento, en otros tienen más que ver con funciones y áreas o niveles asistenciales. Por ello, es preciso tomar las comparaciones internacionales como si fueran la visión de un miope que, aunque ve la realidad desenfocada y borrosa, no deja de tener una visión bastante aproximada.

7 Hasta el momento han regulado los registros de profesionales sanitarios Andalucía (Decreto 427/2008, de 29 de julio), Canarias (Decreto 49/2009, de 28 de abril), La Rioja (Decreto 55/2009, de 17 de julio) y Aragón (Decreto 30/2010, de 9 de marzo). Castilla-La Mancha tiene sometido a información pública el proyecto de decreto (Resolución de 29/03/2010).

España ha sido siempre catalogada como uno de los países desarrollados con más médicos y menos enfermeras, hablando siempre en términos relativos poblacionales. Las únicas comparaciones internacionales medianamente fiables las proporciona la OCDE (OCDE, 2009), organismo que se basa en los datos extraídos de la Encuesta de Población Activa del INE y que, a su vez, nutre de datos a la Oficina Europea de la OMS. Para el último año disponible, 2007, el promedio de médicos por 1.000 habitantes para el conjunto de la OCDE era de 3,10, mientras que el español era 3,65, un 18% superior.

Un matiz importante que no suele mencionarse es que el dato español incluye a los dentistas, odontólogos y estomatólogos, algo que según advierte la propia OCDE no sucede en el resto de los países comparados. No es posible conocer a partir de su fuente primaria el número de dentistas, ya que la EPA sólo facilita datos de tercer nivel de los cuatro existentes en la Clasificación Nacional de Ocupaciones (CNO-94) y el código correspondiente disponible (212) agrupa a médicos y odontólogos, sin llegar a mayor nivel de desagregación. Podemos, no obstante, intentar una aproximación indirecta utilizando las estadísticas colegiales del INE, como hace la propia OCDE para facilitar los datos de dentistas.

El número de médicos y odontólogos era de 164.000 en 2007, según la EPA. Según los registros colegiales, los odontólogos colegiados no jubilados eran 24.500 y sus homólogos médicos eran 193.000, por lo que la *ratio* odontólogo:médico colegiado no jubilado sería de 0,13. Utilizando este factor de corrección, podemos estimar para 2007 en 21.000 el número de odontólogos y en 143.000, por tanto, el de médicos. Por tanto, la *ratio* homogeneizada de médicos por 1.000 habitantes española sería de 3,19, muy ligeramente, apenas un 3%, por encima de la media de la OCDE, y España quedaría en el puesto 15º de 30 países, exactamente entre Dinamarca y Francia.

Analicemos ahora los datos de la enfermería. La OCDE contempla en sus estadísticas bajo un mismo término (*practising nurses* o enfermeras activas) tanto las enfermeras propiamente dichas (*professional*), como el personal auxiliar (*associate*), en un intento de conseguir una base más homogénea de comparación, ya que existen categorías profesionales en bastantes países que podrían ser incluidas dentro del primero o del segundo grupo, dependiendo de los criterios académicos, funcionales y de estatus profesional. Compara, por tanto, las dotaciones de personal de enfermería, si bien proporciona también los datos desagregados. Es importante resaltar que sólo toma en cuenta el personal auxiliar de enfermería en aquellos países donde se exige formación posbásica específica de enfermería para poder ejercer.

Utilizando esta medición conjunta, España ocupa un lugar en la parte inferior de la tabla, con una dotación de profesionales por 1.000 habitantes de 7,54, frente a una media de 9,56, es decir, un 21% menor. Ocupa el lugar 20º de los 30 países comparados; Francia ocupa la posición inmediatamente anterior a la nuestra y Portugal queda 6 puestos por debajo, aunque en ambos países todos los efectivos son de enfermeras tituladas, ya que,

según la OCDE, no existen categorías auxiliares homologables en esos países. En Francia, el diploma de *aide-soignant* sólo requiere una formación teórica de 17 semanas y 24 más de prácticas en centros sanitarios, y se puede acceder al mismo sin estudios básicos certificando tres años de experiencia laboral; en Portugal, simplemente no existe ninguna categoría similar (Pita Barros y Almeida Simões, 2007:86).

Si analizáramos únicamente el dato de las enfermeras tituladas, la media de la OCDE sería 7,73, y la española, 4,37, un 44% menos. Nuestra posición relativa perdería cinco puestos, cayendo hasta el 25º, sólo por encima de Holanda y Grecia entre los países europeos.

En cuanto a la *ratio* enfermera:médico, España se situaría en el puesto 22º del *ranking*, con un valor de 2,1 que supone un 32% menos en relación con la media, 3,1. Si analizamos también la *ratio* enfermeras tituladas:auxiliares de enfermería, el dato español es 1,37, mientras que la media de los 16 países que facilitan este detalle es de 3,86, ocupando España el puesto 13º con un valor un 65% inferior al promedio. En cuanto al peso de las auxiliares dentro de la enfermería, España es el cuarto país en el *ranking*.

Si ponemos en relación ambos datos podemos concluir que la escasa dotación relativa de enfermeras en España está menos relacionada con el mitificado exceso relativo de médicos que con el de auxiliares de enfermería. Aunque sin duda sea un análisis muy limitado, podemos hacernos una idea más concreta analizando la estructura de las plantillas hospitalarias españolas e inglesas. En el conjunto de los hospitales españoles trabajaban en 2007, según la EESRI, 93.000 médicos, 130.000 enfermeras y 107.000 auxiliares; en los hospitales ingleses, para el mismo año (NHS, 2010), lo hacían 95.000 médicos, 257.000 enfermeras y 100.000 auxiliares. De acuerdo con estas cifras, obtendríamos las siguientes *ratios*, tal y como se aprecian en la Tabla 3.

Tabla 3. Estructura de las plantillas hospitalarias (médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería) en España e Inglaterra

<i>Ratios</i> (2007)	España	Inglaterra
Enfermera:médico	1,40	2,71
Enfermera:auxiliar	1,22	2,57
Auxiliar:médico	1,15	1,05

Fuente: Elaboración propia; EESRH y NHS (2010).

Sin entrar a analizar otros indicadores que sin duda serán muy diferentes en los dos países, resulta muy llamativo que los pesos relativos que encontramos en las estructuras de personal de médicos y auxiliares sean muy similares (1,15 a 1,05), mientras que los de enfermeras, ya sea con respecto a los médicos o a las auxiliares, sean aproximadamente la mitad (1,40 a 2,71 y 1,22 a 2,57, respectivamente).

¿Podemos, pues, apoyar los estrambóticos cálculos que el CGE (2009) presentó en el documento Aportaciones al Pacto por la Sanidad, en el que afirmaba que serían necesarias a día de hoy 150.000 enfermeras tituladas más, es decir, aumentar en dos tercios las dotaciones de recursos humanos de enfermería? Naturalmente que no. Incluso si el CGE tuviera una varita mágica para hacerlo realidad no lo haría porque condenaría a decenas de miles de enfermeras a ponerse durante años en las colas del paro, ya que la demanda que supuestamente cubrirían estas dotaciones de enfermeras adicionales ya está prácticamente cubierta por unas generosas dotaciones de médicos y, sobre todo, auxiliares de enfermería. Para igualar la media de 9,56 enfermeras y auxiliares por 1.000 habitantes haría falta aumentar los efectivos de enfermeras y auxiliares en 90.000 unidades, de las cuales unos 52.000 serían enfermeras tituladas. No es poco, pero son una tercera parte de las 150.000 que calculó el CGE.

3.2 Los desarrollos recientes (2005-2010)

La sequía regulatoria que vivió la enfermería duró más de 15 años, desde la publicación del RD 1466/1990, de 26 de octubre, que estableció las directrices generales de los planes de estudio del título oficial de diplomado en enfermería, en desarrollo de lo previsto en un RD de 1987, hasta que el RD 450/2005, de 22 de abril, vuelve a regular las especialidades de enfermería, derogando y cambiando sustancialmente su filosofía, la anterior regulación del RD 992/1987. En este largo paréntesis hay, sin embargo, una excepción, ya que en 1998 una orden ministerial, de 24 de junio, desarrolla el RD de especialidades de enfermería de 1987, creando por primera vez la figura del enfermero residente, si bien únicamente regula la formación de las especialidades de Enfermería Obstétrica-Ginecológica (matrona) y Enfermería de Salud Mental. Las restantes cinco especialidades quedarían en un limbo administrativo hasta que no se produjera un “informe favorable del Pleno del Consejo Interterritorial del SNS o, en su defecto, del Comité Asesor”. Esto significó en la práctica una espera de al menos 10 años, en el mejor de los casos.

Lo cierto es que a partir de 2005 la enfermería vuelve a experimentar un período de grandes desarrollos, sólo comparados en su intensidad con el período 1983-1987. Las principales reformas tienen lugar en tres áreas diferentes, aunque relacionadas: adaptación de los estudios de enfermería al EEES, formación sanitaria especializada y la denominada prescripción enfermera.

A) La adaptación de la enfermería al EEES

El RD 1393/2007 reordena las enseñanzas universitarias para adaptarlas al Espacio Europeo de Educación Superior, creando un recorrido docente común para casi todos los estudios que se articula en tres niveles: grado (cuatro años), máster (un año) y doctorado. Basándose en las conclusiones del Libro Blanco que la Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación, con la participación de casi todas las universidades españolas, había publicado en 2005 (Aneca, 2005), la Orden CIN/2134/2008 sanciona el grado en enfermería de 240 créditos en cuatro años al establecer los requisitos de los planes de estudio que desarrollarán las universidades. No se puede decir que el posicionamiento del Libro Blanco fuera muy radical, ya que contemplaba como una alternativa, quizás más pragmática, pero que no se atrevió a apoyar resueltamente, 180 créditos para el grado y 120 para el posgrado, teniendo en cuenta que en el campo profesional de la enfermería existen las especialidades, que de alguna forma deben encajar en el diseño curricular de la disciplina enfermera. Es probable que muchos de los participantes en el panel discreparan de la solución finalmente decidida y parece plausible que esta posición ofreciera una arquitectura competencial mucho más lógica para las prácticas profesionales. En todo caso de poco sirvió, ya que el gobierno optó por la solución isomorfismo-clonador.

Aun así, la vieja reivindicación de las élites enfermeras de una licenciatura en enfermería se vio en cierto modo satisfecha, ya que iguala académicamente a la enfermería con el resto de estudios universitarios.

Según la última información disponible, dentro del EEES la enfermería es una de las titulaciones que en mayor medida han implementado el esquema grado-máster, sólo por debajo de las ingenierías (73%), magisterio (68%) y derecho (61%), alcanzando un 55% de implementación en las 187 universidades europeas chequeadas, mientras que la medicina apenas llega a un 28% (Sursock y Smidt, 2010).

Dado que este proceso, aunque afecta de manera muy importante a la enfermería, ha venido dado como consecuencia de una reforma general, en un ámbito transnacional y sobre todo de una absurda aplicación esquemática del recorrido 4+1, poco podríamos decir o proponer a estas alturas que tuviera la más mínima posibilidad de prosperar. Pero es más que probable que a la enfermería le hubiera sido mucho más favorable un esquema 3+2 con desarrollos curriculares específicos para el posgrado general y las especialidades, al menos hubiera supuesto una arquitectura con más sentido, aunque ello hubiera resultado incompatible con la regulación actual de las especialidades enfermeras.

No es muy seguro que el aumento de tres a cuatro años de la formación pregraduada vaya a traducirse en grandes diferencias entre la formación y las competencias profesionales adquiridas de los futuros graduados con respecto a los actuales diplomados. Los responsables departamentales que hemos podido consultar coinciden abrumadoramente en que

el curso añadido a la diplomatura se va a trasladar, al menos de momento, en un 80% o 90% al *practicum*. De hecho, la orden CIN/2134/2008, de 3 de julio, que establece los requisitos para la verificación de los títulos oficiales, regula los 210 créditos de los módulos obligatorios y asigna un mínimo de 90 ECTS (un 43% del total regulado) a las prácticas tuteladas, lo que significa dedicarles un mínimo del 38% de los 240 ECTS totales. Ello no tendría por qué ser bueno o malo *a priori*, siempre que las prácticas estén adecuadamente tutorizadas podría resultar muy positivo. Sin embargo, un trabajo de campo muy reciente (Francisco del Rey, 2008) expone una realidad en la que sólo uno de cada cuatro estudiantes desarrolla su actividad en las prácticas clínicas atendiendo a planes de cuidados con referente conceptual o metodológico, lo cual nos permite ser un tanto escépticos sobre una relación directa entre prolongación de los estudios básicos y ampliación de las competencias profesionales.

En todo caso, el Proceso de Bolonia conlleva importantes implicaciones demográficas para la enfermería⁸. La evolución del número de alumnos admitidos a las EUE en los últimos 10 años se caracteriza por un primer ciclo de alta estabilidad, en torno a 9.500-9.700 ingresos por curso, hasta 2004-2005. A partir de entonces, se produce un segundo ciclo con una cierta tendencia al alza que situó el número de ingresos en 10.695 para el curso 2007-2008, según los últimos datos disponibles del INE, un 11% superior a los 9.640 del curso 1998-1999.

El número de plazas ofertadas para el curso 2009-2010 sólo puede calcularse para las universidades públicas, ya que el Ministerio de Educación no ofrece datos de las privadas. Para poder establecer un panorama más completo es preciso realizar algún cálculo indirecto. Suponiendo que la oferta de plazas en las universidades privadas se hubiera incrementado en la misma proporción que en las públicas desde el curso 2007-2008 (un 4%, de 8.508 a 8.795), el número de plazas en el sector privado sería, para el presente curso, de 2.275, y para el conjunto de las 52 universidades públicas y privadas que ofrecen estudios de diplomatura o grado en enfermería, tendríamos una oferta de plazas de 11.070. En apoyo de estos cálculos, hay que constatar que el grado de cobertura de las plazas ofertadas para enfermería es de un 104%, como promedio de los últimos cuatro cursos facilitado por el Ministerio (Ministerio de Educación, 2008), de 2004-2005 a 2007-2008. Por tanto, parece razonable que, como base para nuestros cálculos posteriores, asimilemos las variables ofertas de plazas y alumnos admitidos y redondeemos en 11.000 el número de alumnos que han ingresado durante el curso 2009-2010 en las escuelas y facultades de enfermería.

En conjunto, el 60% de las universidades, 31 de 52, tiene implantado el grado en el actual curso 2009-2010, lo que supone un 69% de las privadas y un 56% de las públicas. Tres

8 Los datos individualizados de las universidades han sido extraídos de sus páginas web. Los datos de las series históricas para el conjunto de universidades, hasta 2007-2008 (último curso disponible), son del Instituto Nacional de Estadística. Los datos para el curso 2009-2010 no son de alumnos matriculados, sino de plazas ofertadas, y son del Ministerio de Educación.

universidades, la pública de Zaragoza, la Católica de Murcia y la Universidad Europea de Madrid, ambas privadas, empezaron a impartir los estudios de grado el curso 2008-2009. Es durante el curso 2009-2010 cuando se produce la eclosión del grado, ya que otras 29 universidades se incorporan el esquema de Bolonia. Esto supone que el 57% (6.300) de los alumnos matriculados este curso en las más de 11.000 plazas nuevas ofertadas por las escuelas y facultades⁹ estudian el grado y que los restantes 4.700 estudian la diplomatura.

Para calcular el número de egresados esperable utilizaremos la *ratio* anual media alumnos egresados:ingresados en las escuelas de enfermería, que se mantiene bastante estable, en torno a 0,9. En definitiva, unos 4.200 alumnos de esta cohorte se diplomarán en 2012 y en torno a 5.700 se graduarán en 2013.

Teniendo en cuenta todo lo anterior, en 2012, en lugar de las aproximadamente 9.900 enfermeras que se diplomarían en condiciones normales, sólo podemos esperar unas 4.200, es decir, que las altas se aminorarán en unas 5.700 unidades, por lo que el crecimiento esperable para este año se reducirá de 6.700 a 1.000 enfermeras.

En 2013, por su parte, se incorporarán los aproximadamente 5.700 alumnos que finalizarán el grado comenzado en el curso 2009-2010, 4.300 menos de los 10.000 esperables, por lo que el saldo neto de incorporaciones al mercado de trabajo será de 2.600, en lugar de 6.900. En definitiva, de las aproximadamente 13.600 enfermeras en que se habría incrementado la población potencialmente activa durante el bienio 2012-2013 de haberse continuado con el sistema formativo tradicional, se pasará a apenas 3.600 como consecuencia del proceso de adaptación al EEES. A ello hay que añadirle la jubilación de unas 8.500 enfermeras, por lo que el saldo vegetativo para el bienio será negativo, con una pérdida de unos 5.000 efectivos enfermeros.

Habrá que esperar a 2014 para recuperar la normalidad demográfica en cuanto a las entradas, teniendo en cuenta además que las salidas por jubilación tenderán a crecer por lo menos durante 10 años. Parece inevitable que los gobiernos y universidades tendrán que ir pensando en aumentar muy considerablemente su oferta de plazas de grado para recuperar las aproximadamente 10.000 enfermeras que se habrán perdido en el proceso de adaptación al EEES en un país con una dotación de enfermeras tituladas francamente escasa. La capacidad de las universidades es, sin embargo, muy limitada, sobre todo porque el proceso de producción de docentes necesario para ampliarla es muy largo, lo que significa que no será posible recuperar este *stock* perdido en un plazo de tiempo breve y

9 Los datos no son totalmente reales, aunque sí muy aproximados, ya que hay universidades en los que los estudios de grado se han implementado en los centros propios, pero no en algunos de los asociados. Hay 19 centros, 17 de los cuales pertenecen a universidades privadas, para las que no disponemos de los datos desagregados, pero aun así, los datos incompletos disponibles coinciden básicamente en términos porcentuales: 3.771 alumnos en diplomatura (43%) y 5.024 en grado (57%).

que las medidas temporales de sobreproducción de enfermeras se tendrán que prolongar durante al menos un decenio, y probablemente más.

Por otro lado, no sería posible ampliar significativamente la oferta de plazas de grado sin limitar al tiempo las de posgrado, algo que puede frustrar las expectativas de muchos de los graduados que se irán produciendo y de la propia profesión. Y tampoco parecería muy sensato, en momentos de grave escasez de enfermeras, ampliar significativamente, tratando de dar respuesta a las expectativas creadas, la oferta de plazas de formación sanitaria especializada, ya que ello desviaría a muchas enfermeras del mercado laboral.

B) La formación sanitaria especializada

El desarrollo normativo de las especialidades enfermeras de 1987 no fue sino la consecuencia de una sinergia entre dos situaciones, política la primera, administrativa la segunda. Por un lado, las élites enfermeras fueron capaces de forzar un desarrollo legislativo muy avanzado, sólo siete años después de que se diplomara la primera promoción de enfermeras universitarias y estando aún decenas de miles de enfermeras realmente ocupadas tratando de homologar sus viejos títulos de ATS por los de diplomados universitarios. Consiguieron incluso que se creara una especialidad tan abstrusa en términos generales como beneficiosa en términos particulares, la de Gerencia y Administración de Enfermería.

Por otro lado, el proceso de ordenación profesional de la enfermería tuvo que afrontar el problema que suponía la existencia de miles de enfermeras legalmente diplomadas en especialidades ajenas por completo a una concepción moderna de la enfermería como análisis clínicos, radiología, urología y nefrología o neurología.

Para tratar de dar respuesta a ambas necesidades nació el Decreto de Especialidades Enfermeras de 1987, que nunca tuvo desarrollo porque no respondía a lógicas sociales o sanitarias, simplemente a lógicas políticas y administrativas. Los servicios de salud no percibieron las ventajas de contar en sus plantillas con especialistas diferentes a las matronas y sí las desventajas que suponían mayores costes, menor versatilidad y movilidad ocupacional, fragmentación de las plantillas o conflictividad intra- e interprofesional. La principal consecuencia fue que hubo que esperar 18 años a que el Decreto de Especialidades de 2005 volviera a regular las especialidades enfermeras.

El RD 450/2005 de especialidades de enfermería, que sustituye a la regulación de 1987, supone un desarrollo estructural y funcional bastante comprehensivo de lo que se supone que será la enfermera especialista del SNS español:

- Introduce una estructura teórica de la profesión de enfermería que se articula en dos niveles: enfermero responsable de cuidados generales y enfermero especialista.

- Crea las siete especialidades de enfermería actuales, suprimiendo las de 1987 y los diplomas de especialidad anteriores, estableciendo una nueva tabla de equivalencias para la convalidación de los títulos caducados, exactamente lo mismo que hizo el decreto de 1987 con respecto a las especializaciones anteriores.
- Generaliza el sistema de residencia, con una duración de dos años en unidades docentes acreditadas, creando así la figura del enfermero interno y residente (EIR) como vía ordinaria única para la obtención de los títulos de enfermero especialista, algo también muy parecido a lo que hacía el anterior decreto.
- Como vía transitoria y extraordinaria para el acceso a las especialidades, regula las condiciones de convalidación para enfermeras sin título o diploma previo pero que cuentan con una especialización funcional de carácter laboral y/o docente acreditable, quienes deberán, además, superar una prueba objetiva de evaluación de la competencia, tal y como lo hacía ya el decreto de 1987.
- Finalmente, crea las Comisiones Nacionales de Especialidad y el Consejo Nacional de Especialidades de Enfermería. En definitiva, sitúa las especialidades de enfermería al mismo nivel docente-administrativo que las restantes especialidades en ciencias de la salud.

Por su parte, el RD 183/2008, de 8 de febrero, regula la adaptación a la LOPS de la normativa relativa a la formación sanitaria especializada, desarrollando lo previsto en la propia LOPS y en el decreto de especialidades. Como consecuencia se actualizan el 28 de mayo de 2009 los programas formativos de Enfermería del Trabajo y de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (matronas) y, como gran novedad, se aprueban por vez primera los de Enfermería Geriátrica, en 2009, y los de Familiar y Comunitaria y Pediatría, en 2010. Por otro lado, en 2009 también se convoca la primera prueba objetiva de evaluación para el acceso al título de especialista en Salud Mental para el personal que accede por la vía de la especialización funcional laboral, prueba que había sido previamente regulada por resolución de la Secretaría General de Universidades (BOE del 29 de julio).

Las especialidades de enfermería establecidas mediante el RD 450/2005 son siete:

- Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona).
- Enfermería de Salud Mental.
- Enfermería Geriátrica.
- Enfermería del Trabajo.
- Enfermería de Cuidados Médico-Quirúrgicos.
- Enfermería Familiar y Comunitaria.
- Enfermería Pediátrica.

Cinco de esta siete especialidades (matrona, salud mental, geriatría, pediatría y familiar y comunitaria) ya existían desde 1987, si bien la especialidad de enfermería familiar y comunitaria se denominaba en el anterior decreto enfermería comunitaria a secas.

Si se realiza un análisis comparativo de las regulaciones de 1987 y 2005, es fácil comprobar que, aparte de las evidentes diferencias formales, existe un diferente enfoque conceptual muy importante y significativo. La regulación de 1987 asumía claramente la necesidad y existencia de la enfermera de cuidados generales y también la necesidad de enfermeras especializadas en áreas muy concretas y bien delimitadas del trabajo profesional. Un porcentaje indeterminado de enfermeras se especializarían en las diferentes áreas, pero la mayor parte de las enfermeras de base hospitalaria que no trabajaran en las áreas materno-infantil, psiquiátrica y sociosanitaria, así como casi todas las del primer nivel en puestos asistenciales, permanecerían como enfermeras de cuidados generales. Ésa era la filosofía de la regulación anterior, bastante congruente con la mayoría de las regulaciones de los países de nuestro entorno.

Sin embargo, la regulación de 2005 asume una filosofía totalmente contraria y claramente inspirada en las troncalidades de las especialidades médicas. Evidentemente no se trata de exigir una especialidad para entrar en el mercado laboral, como sucede con la profesión médica dentro de la Unión Europea, pero sí de desarrollar un catálogo de especialidades que pudiera acoger potencialmente a todas las enfermeras, sea cual sea su nivel asistencial, su área de desempeño asistencial o su puesto de trabajo.

Aunque con evidente satisfacción por la resolución del dilatado estancamiento que se produjo tras el decreto de 1987, también preocupan a algunos sectores de la propia enfermería las posibles incompatibilidades o choques competenciales entre especialidades, especialmente en AP, por ejemplo, entre la especialidad de enfermería familiar y comunitaria y las de geriatría, pediatría y matronas (Romero-Nieva, 2009). La evidente ampliación del ámbito de la enfermería comunitaria permite que pueda acoger en el futuro a todas las enfermeras de AP.

Por su parte, la especialidad de enfermería médico-quirúrgica podría acoger a todas las enfermeras de la asistencia especializada que trabajen fuera de las otras áreas de especialización contempladas específicamente en el decreto. De esta manera se posibilita que en un futuro todas las enfermeras sean, como sucede hoy en Europa con los médicos, enfermeras especialistas, lo cual significaría la desaparición *de facto* de la enfermería básica de cuidados generales (Álvarez Nebreda, 2009), algo que no se ha planteado ni siquiera como hipótesis a largo plazo en ningún país de nuestro entorno. En definitiva, y analizando objetivamente el modelo propuesto, lo que parece haberse planteado es un recorrido formativo estándar de seis años, cuatro de grado y dos de especialización.

En este sentido, la formación de la enfermería de cuidados generales, tanto familiar y comunitaria como médico-quirúrgica, probablemente hubiera quedado mucho mejor enmarcada dentro de la formación de posgrado de un máster de dos años que le permitiera asimilarse a las enfermeras de práctica avanzada, especialmente en AP (Lewis, 2001; Sibbald *et al.*, 2006; Galao Malo, 2010), más que como una especialista. Las res-

tantes especialidades sí disponen de un nicho profesional absolutamente específico que justificaría su formación especializada por el sistema EIR.

Como ya hemos apuntado anteriormente, existe una evidente contradicción y más que posible colisión entre este modelo de especialización y el de formación posgraduada, dirigida a formar enfermeras con un máster o incluso un doctorado, pero que salvo que se orienten hacia la docencia e investigación no serán desde el punto de vista laboral sino enfermeras de cuidados generales. El encaje dentro de las plantillas y en cuanto a las funciones será difícil. Por otro lado, los contenidos del máster son inciertos y cada universidad asumirá muy probablemente la filosofía que prefiera: como profundización en los contenidos de la enfermería de cuidados generales; como pseudoespecialización alternativa a la formación sanitaria especializada o como pseudoespecialización alternativa para enfermeras especialistas; como un *practicum* avanzado; o, más probablemente, como preparación para el doctorado con orientación básica hacia la docencia y la investigación, es decir, el máster en ciencias de la enfermería predominante en países europeos tan diferentes como Alemania, Finlandia, Portugal, Grecia o Dinamarca (Aneca, 2005) y ya implantado en España en un par de universidades.

En todo caso, las universidades harán previsiblemente lo que mande el mercado, aunque desafortunadamente para el SNS no son los servicios sanitarios sino las enfermeras que estén diseñando sus carreras profesionales quienes constituyen su verdadera clientela. ¿Existe alguna manera de revertir este enfoque? Puede que sí, pero nos tememos que van a predominar las políticas *laissez-faire*, salvo que el Consejo de Coordinación Universitaria y las consejerías sanitarias de las CC AA establezcan algún sistema o política de ordenación de la formación posgraduada, lo cual no parece muy probable.

No se puede decir, precisamente, que la planificación de recursos humanos haya sido una de las competencias punteras de nuestro SNS, por tanto, no es en absoluto extraño que en este asunto las respuestas hayan sido formuladas antes que las preguntas, básicamente qué competencias y perfiles de enfermería serían necesarios para obtener una mayor calidad y eficiencia de los cuidados de enfermería. Existe un claro divorcio entre necesidades asistenciales y desarrollos formativos que se evidencia en la disposición adicional tercera del decreto de especialidades, cuando establece que “la obtención del título de Enfermero Especialista por profesionales que presten o pasen a prestar servicios en centros y servicios sanitarios del Sistema Nacional de Salud no implicará el acceso automático a la categoría y plazas de especialistas concordantes (...) Tampoco supondrá el derecho al desempeño automático de las funciones correspondientes a dicha categoría ni al percibo de diferencia retributiva alguna”.

Como señala muy gráficamente Oltra Rodríguez (2009:302), “desde 1998 se están invirtiendo recursos económicos públicos en la formación de enfermeras especialistas en salud mental, más de 900 formadas hasta la fecha, y a día de hoy son una minoría las CC AA que lo rentabilizan creando puestos de trabajo específicos y haciendo que las

enfermeras especialistas en salud mental que se han formado ofrezcan a la población lo que han aprendido”.

Esta forma de proceder está funcionando como incubadora de complicaciones que van a ser muy difíciles de resolver *a posteriori*, pero no es menos cierto que se trata de un conflicto que no es inmediato, ya que será preciso que alcance masa crítica social, para que el creciente malestar latente que se irá generando llegue a generar una situación de conflictividad manifiesta. Queda, por tanto, fuera de la visión cortoplacista de las autoridades sanitarias. Sin embargo, es posible que se acelere más de lo previsto. Dejando un tanto al lado a las matronas, con un *locus* laboral bien definido y aislado, a los cerca de mil especialistas en salud mental existentes habrá que añadir a otros miles de enfermeras que obtendrán en un plazo no muy largo los otros títulos de enfermera especialista mediante las dos vías establecidas por el RD 450/2005, convalidación de diplomas de especialización antiguos y prueba objetiva de evaluación. Para poder hacernos una idea aproximada, la relación definitiva de aspirantes admitidos a la prueba objetiva para el acceso al título de especialista de salud mental, convocada por resolución de 26 de noviembre de 2009 y aún en fase de resolución en el momento de redactar este documento, es de 3.156 enfermeras.

Y, algo más a medio plazo, las convocatorias del resto de las especialidades que ya tienen definido y publicado su programa formativo y que previsiblemente se incorporarán a la convocatoria para 2011-2012, irán produciendo un número cada vez más importante de enfermeras especialistas. Disponemos de un excelente indicador del interés que despiertan las especialidades entre la profesión, que se presentan 10 enfermeras por cada plaza ofertada de formación sanitaria especializada. En 2009 se convocaron 611 plazas de formación sanitaria especializada en enfermería, 445 de matronas, 154 de salud mental y 12 de salud laboral, y todas fueron cubiertas.

C) La prescripción enfermera

El 22 de diciembre de 2009, las Cortes Generales aprueban la Ley 28/2009, de 30 de diciembre, de modificación de la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. Esta Ley reconoció la capacidad legal de las enfermeras para “indicar, usar y autorizar la dispensación de todos aquellos medicamentos no sujetos a prescripción médica y los productos sanitarios, mediante la correspondiente orden de dispensación”. Además, encomendó al Gobierno la regulación de “la indicación, uso y autorización de determinados medicamentos sujetos a prescripción médica por los enfermeros (...) mediante la aplicación de protocolos y guías de práctica clínica y asistencial, de elaboración conjunta, acordados con las organizaciones colegiales de médicos y enfermeros y validados por la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud”. El Gobierno, pues, debe establecer con la participación de las organizaciones colegiales “los criterios generales, requisitos específicos y procedimientos para la acreditación de dichos profesionales, con efecto en todo el territorio del Estado”.

La Ley 28/2009, a la que denominaremos en adelante como Ley de Prescripción Enfermera, también integra a los podólogos dentro del selecto y reducido grupo de profesiones con plena capacidad prescriptora de medicamentos con receta. Esta regulación, en el fondo y en la forma, reconoce una realidad indiscutible que ya antes hemos señalado como distintiva de las profesiones facultativas: los podólogos trabajan en sus consultas y tienen las funciones que se derivan de las necesidades de sus pacientes, incluida la prescripción de medicamentos con receta, algo que no sucede, al menos de manera mínimamente representativa, con la enfermería.

Aunque desde algunos sectores enfermeros se está calificando como ilegítima esta supuesta discriminación de la profesión enfermera con respecto a los podólogos, lo cierto es que la regulación legal posee una lógica inapelable sustentada en realidades asistenciales bien diferentes, al menos según quedan definidas en la LOPS (art. 7.2), ya que mientras que los podólogos realizan actividades dirigidas al “diagnóstico y tratamiento de las afecciones y deformidades de los pies, mediante las técnicas terapéuticas propias de su disciplina”, a las enfermeras les corresponde la “dirección, evaluación y prestación de los cuidados de enfermería orientados a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, así como a la prevención de enfermedades y discapacidades”.

El proceso legislativo de reconocimiento de la prescripción enfermera fue azaroso, ya que necesitó de tres intentos y tuvo incluso su interludio kafkiano. El primer intento se produjo durante la tramitación y aprobación, en 2006, de la Ley del Medicamento y el segundo, mediante una proposición no de ley que fue presentada por CiU en julio de 2006 y que fue desestimada por la Comisión de Sanidad y Consumo del Congreso, también con el rechazo del grupo socialista, como contundentemente lo expresó la portavoz en la comisión el 22 de noviembre de 2006: “Pues bien, señorías, les decía que estoy firmemente convencida de que acertamos todos cuando, al aprobar la Ley del Medicamento en los aspectos que hacen referencia a la prescripción de los medicamentos, acordamos que la prescripción de los medicamentos estuviera única y exclusivamente en manos de médicos, odontólogos y veterinarios”.

El segundo y medio intento tuvo lugar casi dos años después de la aprobación de la Ley del Medicamento, en febrero de 2008, cuando el Ministerio de Sanidad y Consumo trataba de desarrollar una supuesta disposición adicional decimosegunda de la Ley del Medicamento tal como fue publicada en el BOE. Pero en un momento dado, el Consejo de Estado advierte y comunica al Gobierno que el texto de la disposición adicional duodécima de la Ley del Medicamento publicado en el BOE hacía casi dos años no se correspondía con el definitivamente aprobado por el Congreso de los Diputados, sino con el de una de las enmiendas aprobadas por el Senado que fue rechazada en el Congreso y que al parecer fue incluida por error en el texto enviado al BOE. Una vez comprobado en el Diario de Sesiones que se trata efectivamente de un error, el BOE del 25 de abril de 2008 publica casi dos años después de su aprobación una corrección de errores que finalmente deslegitima al Gobierno para regular la prescripción por parte de enfermeras y podó-

logos. El Ministerio de Sanidad y Consumo estuvo, por tanto, trabajando casi dos años para desarrollar una disposición legal que no sólo no se había aprobado, sino que el propio Grupo Parlamentario Socialista había rechazado en el Congreso por dos veces. Incluso las enfermeras participantes en los grupos técnicos de trabajo se vieron sorprendidas por este desenlace después de más de un año de trabajo (Gómez Picard, 2008).

Lo cierto es que ello resultó providencial para la enfermería, ya que, congruentemente con la posición hostil frente a la prescripción enfermera mantenida hasta entonces por el gobierno socialista y copiando casi literalmente la normativa francesa, el borrador de orden sólo reconocía la capacidad de las enfermeras para indicar productos sanitarios, en ningún caso medicamentos.

El tercer y definitivo intento comienza con una proposición de ley, del grupo parlamentario de Convergència i Unió, presentada el 20 de febrero de 2009, cuya impulsora fue una diputada enfermera. Sólo unos días después, el 2 de marzo, el Grupo Socialista del Congreso presenta su propia proposición de ley, que en su parte dispositiva reproduce casi por completo, aunque con algún matiz más restrictivo pero no muy relevante, la redacción de la iniciativa catalana. El giro en la posición del PSOE fue tan radical que sólo puede explicarse por dos motivos. Por un lado, las negociaciones parlamentarias para el apoyo a un Gobierno en minoría que ha optado por no establecer pactos de legislatura y trabajar con “geometría variable”, lo cual incluye de forma muy privilegiada los 10 escaños de CiU con vistas a las medidas anticrisis y la Ley de presupuestos generales para 2010. Por otro lado, la aprobación apenas unos meses antes, por parte de la Junta de Andalucía, de su propio decreto de prescripción enfermera, al que nos volveremos a referir algo más adelante. En definitiva, la Ley fue aprobada el 22 de diciembre de 2010 y publicada en el BOE el 31 del mismo mes, entrando en vigor el 1 de enero de 2010.

Unos meses antes, el Decreto 307/2009, de 21 de julio, de la Junta de Andalucía, por el que se define la actuación de las enfermeras y los enfermeros en el ámbito de la prestación farmacéutica del Sistema Sanitario Público de Andalucía (BOJA de 5 de agosto), supuso, sin ninguna duda una normativa mucho más y mejor definida en el ámbito de los servicios y procesos asistenciales y administrativos. Por otro lado, es voluntariamente mucho más limitada en su ámbito subjetivo, ya que se limita a regular la actuación de las enfermeras dentro del Sistema Sanitario Público Andaluz y no la prescripción enfermera en general, excluyendo, por tanto, la actividad asistencial enfermera en el ámbito privado, aunque sí es aplicable en los centros concertados. Está claramente inspirada en la regulación de la *supplementary prescribing* (prescripción suplementaria) del Reino Unido a la que nos referimos en el capítulo primero (Courtenay, 2006).

El decreto es bastante coherente dentro de una lógica de servicio público. En cuanto a los medicamentos no sujetos a receta médica (art. 2), no sólo se permite que las enfermeras los “usen e indiquen”, sino que podrán “autorizar su dispensación con cargo a la prestación farmacéutica del Sistema Sanitario Público de Andalucía” cuando los pacien-

tes tengan derecho a ella. Además, el decreto crea una “orden de dispensación enfermera en oficinas de farmacia”, es decir, una receta enfermera oficial. Aquellas enfermeras que hayan superado un curso de formación básica pueden recetar de manera autónoma, dentro de la prestación pública y con sus propios talonarios de órdenes de dispensación enfermera en oficinas de farmacia hasta 96 fármacos y todos los productos sanitarios. De esta manera, las enfermeras adquieren personalidad administrativa en las oficinas de farmacia.

No será el único tabú roto ya que, con respecto a los medicamentos sujetos a receta médica, el artículo 4 del decreto prevé que las enfermeras “podrán cooperar en el seguimiento protocolizado de determinados tratamientos individualizados”, establecidos en una previa indicación y prescripción médica u odontológica, siempre que este seguimiento protocolizado sea expresamente autorizado por éstos. Y, lo más notable, deberá quedar constancia en la historia clínica “de la correcta identificación de todos y cada uno de los cambios que se introduzcan en el citado tratamiento y del profesional que los ordena, debiendo hacer constar la fecha y hora en que se produce cada anotación. Todo ello deberá realizarse en una hoja de tratamiento única y compartida por los y las profesionales que atienden al paciente”.

Aunque “en ningún caso podrá modificarse el principio activo o la marca del medicamento prescrito por el profesional de la medicina o de la odontología”, las enfermeras de AP sí podrán modificar, aclara el Servicio Andaluz de Salud, “la posología y, en algunos casos, la duración del tratamiento”. Los protocolos conjuntos priorizados por el SAS en este momento son el dolor, las úlceras por presión, el tratamiento con anticoagulación oral y la diabetes”.

El acceso compartido de las enfermeras a la historia clínica, verdadero sanctasanctórum médico, posee un extraordinario valor simbólico, tanto para las enfermeras como para los médicos, ya que no se trata simplemente de que los documentos generados por las enfermeras, como la “hoja de enfermería”, se incorporen al historial clínico, sino que se crea una hoja de tratamiento “única y compartida” por médico y enfermera. No obstante, dado que ello va a depender de una previa autorización expresa y nominal por parte del médico, será interesante ir analizando el grado de colaboración de éstos en el desarrollo del decreto, que previsiblemente será alta, a la vista de los posicionamientos de representantes de la AP, bastante más abiertos por lo general que los de sus colegas hospitalarios y sus representantes colegiales.

Como es sabido, la posición de la OMC ha sido siempre de abierta cerrazón frente a cualquier posible desarrollo, aunque fuera muy descafeinado, del reconocimiento de la capacidad legal de cualquier otra profesión sanitaria que pudiera invadir sus competencias prescriptoras, que anacrónicamente entiende como exclusivas, sin matices, ni graduaciones, ni fecha de caducidad. Y ello no sólo incluye a la enfermería, la podología o la fisioterapia, sino también a los propios farmacéuticos y a los psicólogos clínicos.

En ocasiones, su retórica llega bastante más allá de la mera defensa legítima de los monopolios profesionales que tiene legalmente reconocidos y produce verdaderos dislates, consecuencia del predominio ocasional de la componente menos racional y más pasional del conflicto interprofesional, un clasismo trasnochado con una clara base de soberbia y desprecio frente a la enfermería: “Que nadie otorgue ayudas al médico que ni ha pedido ni debe pedir (...) El Ministerio de Sanidad quiere otorgar a la enfermería actividades propias del médico, cuando las mismas son éticamente rechazables en tanto pueden ser perjudiciales para la salud y la seguridad del paciente, lo que en determinados casos y con la suficiente dimensión puede devenir en un problema de salud pública. Sería paradójico que el médico dedique su tiempo a limpiar el instrumental y que la enfermería u otros profesionales sanitarios prescriban por él”¹⁰.

D) La proyección de futuro de la EPA en España

Parece evidente que los recientes desarrollos concernientes a la formación enfermera y a su capacidad prescriptora apuntan tímidamente al desarrollo futuro de algo parecido a una EPA en los servicios sanitarios de los países desarrollados. Aunque parece cierto que esa orientación existe, lo cierto es que tiene un carácter desorganizado y carece de una mínima conceptualización y planificación, lo cual no nos permite asumir que exista una verdadera voluntad política de desarrollo con escenarios de futuro establecidos. Por decirlo de una manera gráfica, se han creado instrumentos sin saber muy bien para qué, quizás para realizar una puesta al día, un tanto mimética y sin alma, con respecto a otros países de nuestro entorno.

No parecería, pues, que estos desarrollos respondan, de manera consciente al menos, a la detección de necesidades cuya resolución no se consideró posible sin disponer de una fuerza profesional enfermera más capacitada y especializada. De ser así, la especialidad de Enfermería de Familia y Comunitaria hubiera sido una prioridad absoluta, ya que es en el nivel primario del sistema donde se condensan con mayor intensidad sus carencias profesionales, como se analiza con rigor y nivel de detalle en el proyecto de investigación dirigido por Navarro y Martín-Zurro (2009) sobre la AP en España. Y entre todos estos problemas destacan las dificultades relacionadas con la suficiencia y estabilidad de sus plantillas médicas, como conseguir que los MIR escojan la especialidad de medicina de familia y se mantengan en ella o que los MIR en pediatría prefieran, al terminar su formación, trabajar en AP en lugar de en los hospitales.

En este difícil contexto, es evidente que un desarrollo adecuadamente planificado y regulado de la EPA podría ayudar a la AP a alcanzar un mejor equilibrio entre necesidades y

10 Escrito de alegaciones al proyecto de orden ministerial de desarrollo de la disposición adicional duodécima de la Ley del Medicamento, página 23: http://www.cgcom.org/sites/default/files/alegaciones_prescripcion.pdf.

recursos, ya que no existen demasiadas otras alternativas a medio plazo, salvo un verdadero e improbable plan estratégico de la AP, coordinado territorialmente y basado en la potenciación y crecimiento de sus recursos humanos a partir de un dimensionamiento sensato de los diferentes niveles asistenciales.

A estas alturas resulta sugerente la idea de que ni el grado ni las especialidades de enfermería fueron resultado, ni de una planificación consciente basada en necesidades del SNS, ni tampoco de las presiones de las élites enfermeras, sino que se trató simplemente de desarrollos derivados de la obsesión uniformadora de las autoridades sanitarias y educativas españolas plasmadas, respectivamente, en los procesos de adaptación al EEES y de desarrollo de la LOPS.

Sólo la prescripción enfermera podría responder a otra motivación más directamente relacionada con la propia enfermería. Es cierto que atribuirlo básicamente al empeño de una diputada enfermera en un contexto político casualmente propicio parecería frívolo, pero lo cierto es que la prescripción enfermera nunca formó parte sustancial de la agenda reivindicativa de ninguna élite profesional enfermera, ni intelectual, sindical, directiva, ni corporativa. Es decir, la enfermería se ha encontrado con la prescripción enfermera como un regalo sorpresa, de ahí su euforia. En todo caso, lo que la enfermería venía reclamando, incluso desde alguna propuesta más avanzada como la del consejo colegial catalán, era básicamente una legalización de lo que la enfermería ya venía haciendo, “indicar” a sus pacientes productos sanitarios y medicamentos obtenibles sin receta médica, apelando a una situación de alegalidad que podría hipotéticamente llegar a ocasionarle perjuicios judiciales (Cuxart, 2006; CGE, 2006; CCDEC, 2007).

Cuando la ley estatal y especialmente el decreto andaluz legislaron incluso más allá de lo reivindicado, las élites enfermeras reaccionaron con un entusiasmo realmente desconcertante: ¿tanta retórica holística-humanista, tanta reivindicación del cuidado como santasanctorum enfermero, tanto énfasis en las señas de identidad históricas y al final lo que en el fondo anhelaban era poder firmar recetas como los médicos?

Las cosas, naturalmente, no son tan simples. Por un lado, el proceso frustrado en 2006 durante la aprobación de la Ley del Medicamento agitó a unas élites que percibieron que algunos de los argumentos utilizados por los médicos para cuestionar la prescripción enfermera llegaban a despreciar a la propia enfermería, sus capacidades, funciones y competencias generales, en definitiva, su dignidad como profesión.

Por otro lado, bastante abandonada a su suerte y abocada a su larga travesía del desierto de casi 20 años, la enfermería necesitaba algún tipo de satisfacción emocional, un reconocimiento simbólico de su extraordinaria aportación al funcionamiento y sostenibilidad del SNS y un poco de espacio en el escenario político, social y profesional. En ese sentido, la prescripción enfermera puede suponer un factor de motivación importante que ayude a sacar a la enfermería de su posición un tanto retraída y acomplejada. Pero ello

requeriría una gestión inteligente tanto de los procesos relacionados con la propia enfermería, formación, acreditación y evaluación, como de neutralización de los anticuerpos que sin duda se han generado dentro de la profesión médica, lo cual no parece muy probable en el actual contexto de descohesión y ausencia de liderazgos comprometidos y reconocidos que vive la profesión. Desde la medicina debería entenderse que la situación anterior era absurda. Es decir, dado que las enfermeras indican medicamentos de todos modos, mejor sería para médicos, enfermeras y sobre todo pacientes, que lo hicieran después de haber recibido una formación específica mínima y dejando constancia en la historia clínica, lo que significaría asumir las responsabilidades derivadas de sus decisiones clínicas.

Los retos de futuro de la enfermería española son importantes y van a requerir un gran ejercicio de creatividad, sensibilidad y proporcionalidad por parte de la propia profesión y de la Comisión Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS), que deberá reunir los consensos necesarios para un desarrollo armónico e inteligente de una enfermería para el siglo XXI cuya definición no se guíe ni por los deseos o expectativas de la enfermería (Martínez Riera y Sanjuán Quiles, 2009), ni por lo que otras profesiones sanitarias traten de imponer para mantener ese *statu quo* actual, sino por las necesidades y posibilidades del SNS para cumplir el ineludible imperativo de sostenibilidad de los servicios sanitarios, “rebajar los costes y mejorar los resultados” (Institute of Medicine, 2009).

4. Algunas conclusiones y sugerencias para el debate

Este documento ha intentado desarrollar nuestro punto de vista sobre la situación actual de la enfermería española, dentro, por supuesto, de un marco más general de análisis de la profesión. En este capítulo de conclusiones y sugerencias hemos intentado adoptar un enfoque menos descriptivo, más orientado a la acción.

- Es la propia evolución de los servicios de salud, sobre todo sus ya inaplazables exigencias de equilibrio financiero, lo que está dando origen a nuevos planteamientos y desarrollos con respecto a las profesiones sanitarias tradicionales, incluyendo la aparición de grupos ocupacionales que en parte se van conformando como nuevos híbridos competenciales. Significa una redefinición de los mapas profesionales, pero también una mayor diversificación interna dentro de las profesiones sanitarias tradicionales, muy especialmente la medicina y la enfermería.
- Los avances cualitativos en la definición de las fronteras profesionales competenciales son de carácter evolutivo, ya que se consolidan las reformas que resultan más funcionales y desaparecen las que muestran menor capacidad de adaptación, y en general tienen poco que ver con las preferencias o intereses de los diferentes agentes profesionales. La influencia de los *lobbies* profesionales se expresa mucho mejor en su capacidad de resistencia ante cambios que amenacen su *statu quo*, que en la magra cosecha de sus eventuales posiciones reformistas.
- Al menos hasta el momento, la enfermería está viviendo de manera mucho más intensa que la medicina estos procesos, muy especialmente el de diversificación interna. Muchos países están adoptando iniciativas regulatorias, muy heterogéneas, aunque con algunas orientaciones comunes, para desarrollar una enfermería de práctica avanzada. También en España se han puesto algunos cimientos con la modificación del esquema formativo básico y de posgrado, el incipiente desarrollo de las especialidades enfermeras o la regulación de la prescripción farmacéutica enfermera. Estos desarrollos, sin embargo, son evaluados de manera ambigua dentro de la enfermería.
- Aunque son bien recibidos por muchas enfermeras, para quienes se abren nuevas posibilidades de carrera y de progreso profesional y personal, no son tan bien valorados por muchas élites enfermeras, hasta hace poco confortablemente refugiadas en unas señas de identidad tradicionales sustentadas en torno al cuidado holístico (biopsicosocial) del paciente enfermo como nicho disciplinar capaz de proporcionarle un estatu-

to de profesión independiente y con aspiraciones a un nivel de reconocimiento social y profesional similar al de otras profesiones, especialmente el de su angustioso referente: la profesión médica.

- Sin embargo, esta centralidad radical del cuidado, heredado, femenino, humanista, afectivo, intuitivo y vocacional, en la ideología enfermera pudiera estar en el origen de lo que gran parte de las enfermeras entienden y describen como una injusta y amarga falta de reconocimiento social de la importante aportación de la enfermería a los sistemas de salud y a los pacientes, con un importante coste en términos de imagen social y, sobre todo, de autoimagen. Pero también en otros aspectos tan importantes como la ausencia de una carrera profesional incentivadora y el estancamiento en un estatus profesional y unos niveles retributivos comparativamente muy bajos. Si en su momento sirvió como factor de cohesión e identidad de una incipiente profesión, hace muchos años que ya no es así. De alguna manera, y tras unas décadas de avance innegable, ha supuesto un freno en su larga marcha de ocupación a profesión. Sirvió cuando sirvió, pero ¿sirve ahora?
- Las élites profesionales en general y las enfermeras en particular tienden a confundir sus propios intereses con los de la profesión, que, por otro lado, es un colectivo más heterogéneo que lo que se piensa, en el que coexisten diferentes visiones e intereses. Los desarrollos enfermeros introducidos por las élites para intentar ser admitidas en pie de igualdad en las estructuras políticas, académicas, profesionales o directivas como una profesión diferenciada y reconocida, no han tenido precisamente un coste cero en términos de carrera, estatus, reconocimiento, motivación y autoestima de muchas enfermeras asistenciales. En España, los procesos de socialización en el seno de las escuelas de enfermería han tenido un marcado componente ideológico, articulado en torno al dogma enfermero, lo cual explica que el contraste percibido con frecuencia entre lo que la enfermera ha aprendido e interiorizado durante su formación acerca de lo que significa ser enfermera y la realidad laboral sea un tanto traumático y frustrante a medio plazo.
- El desarrollo de la enfermería ha sido tan intensivo y extensivo que parecen haberse agotado sus posibilidades de progreso horizontal. Por tanto, sus principales posibilidades de progreso tendrán que recorrerse verticalmente. La exploración de nuevas vías de reconocimiento y progreso profesional mediante la fórmula más directa, la asunción de tareas y procedimientos tradicionalmente realizados por los médicos, liberando a estos para otras tareas que requieren un nivel superior de cualificación, no sólo parece aportar valor a las enfermeras que asumen este enfoque de carrera, sino que desde los servicios de salud es valorada muy positivamente, tanto por lo que tiene de proceso de racionalización de los siempre escasos recursos humanos cualificados, como por su aportación a la eficiencia financiera y su impacto en la calidad y seguridad asistenciales.

- Todo parece indicar, por tanto, que la EPA seguirá desarrollándose intensivamente a medio y largo plazo y que las organizaciones y élites enfermeras tendrán consecuentemente que optar por, o bien asumir que ello comportará una mayor diversificación de las funciones y posiciones enfermeras, algunas de ellas híbridas médico-enfermeras, pero todas legítimas, o bien no asumirlo en nombre del dogma enfermero, fomentando así una dinámica centrífuga que conducirá a actitudes separatistas de algunos de los nuevos nichos profesionales que se generen, como sucede desde hace tiempo en los EE UU. Aceptar que la enfermería del futuro, como la misma sociedad, pasa por el mestizaje, y no por la pureza étnica, y que existirá mucha más diversidad, es clave para asegurar un camino compartido en el seno de una profesión común.
- Como contrapartida, el desarrollo de la EPA implicará que a la enfermería titulada le resultará imposible acceder a nuevas funciones y competencias reteniendo al tiempo, de manera exclusiva, todas las actuales. La enfermería auxiliar o práctica querrá, deberá y podrá asumir funciones y roles hasta ahora exclusivos de la enfermería titulada o facultativa, especialmente en los sectores hospitalario y sociosanitario. Aunque la enfermería titulada ha mantenido una actitud un tanto elitista y arrogante frente a la enfermería auxiliar, los cambios en los mapas sanitarios le obligarán a adoptar una posición más abierta y unas políticas de mayor integración cooperativa en las estructuras de la nueva enfermería-ocupación. Lo cual, por cierto, le permitiría liderar un colectivo con un peso cuantitativo y cualitativo muy superior al actual.
- La enfermería española no sólo está absolutamente huérfana de liderazgo, sino también descohesionada debido, fundamentalmente, a la mutua desafección entre sus élites corporativas.
- Las élites intelectuales mantienen un discurso fuertemente ideologizado, centrado en la vigencia de los valores enfermeros más clásicos. Su área de actuación e influencia está prácticamente limitada a la docencia y al desarrollo disciplinar, pero, eso sí, gobiernan y controlan casi por completo los procesos de socialización de las nuevas generaciones. En este grupo predominan claramente las mujeres, al igual que en el conjunto de la profesión.
- Las élites corporativas colegiales representan en alguna medida la continuidad de la imagen apolillada del viejo ATS minimédico. Aunque gracias a su intensa actividad de *marketing* quieren vender que la española es una de las enfermerías más avanzada del mundo, si se analizan sus posicionamientos reales sólo parece importarles el acceso a nuevas competencias técnicas de especialización y prescripción, básicamente, que reduzcan su distancia profesional con la medicina. Se trata de unas estructuras que sociológicamente sólo se representan a sí mismas, muy personalistas, mercantilistas y opacas, gerontocráticas y masculinizadas, con unos intereses y actuaciones básicamente orientados a su autopropagación.

- Finalmente, encontramos unas élites sindicales sin visión ni estrategias globales sobre el futuro de la profesión, que, aunque en el pasado supusieron un sólido instrumento de cohesión y liderazgo enfermero, hoy en día carecen de una estrategia nacional, mandando unas estructuras locales con una visión básicamente oportunista y utilitaria de su misión. Aun así, su nivel de afiliación es bastante significativo, más como potencial que como expresión de un liderazgo al que parecen haber renunciado. Aunque convive con su alma profesional, encarnada en su Fundación, el predominio del alma sindical es casi absoluto. La representación de los hombres es claramente desproporcionada, aunque no tanto como en las estructuras colegiales.
- Una característica común a estas tres élites tradicionales es una evidente y urgente necesidad de recambio generacional. Según los datos del INE, casi el 40% de las enfermeras colegiadas potencialmente activas tiene menos de 35 años, y el 60%, menos de 45 años. Y, sin embargo, no es fácil encontrarse con profesionales de estos grupos etarios en ninguno de los tres colectivos. Tanto si se explica por prácticas tapadoras por parte de las propias élites o por un claro desinterés de las nuevas generaciones por tomar el relevo, y probablemente existan relaciones de causa efecto entre ambos factores, las élites deberían ser conscientes de la necesidad urgente de hacer cantera, estimulando y apoyando la aparición de nuevas mentalidades y visiones más ligadas a las realidades asistenciales del día a día.
- Por lo que respecta a la formación enfermera, uno de los aspectos más complicados de gestionar es la extraordinaria diversificación curricular que, de manera bastante caótica y sin ningún tipo de visión global de futuro, se está empezando a desarrollar. Ni las autoridades sanitarias ni la propia enfermería deberían ceder a la tentación de abordar cada uno de estos desarrollos, grado, posgrado y especialidades, como algo aislado, realizando, por el contrario, una aproximación global que fuera capaz de clarificar los mapas de carrera que se abren para las nuevas promociones, aunque en realidad da la impresión de que lo que se pretendía con estos nuevos desarrollos era más bien satisfacer las expectativas de las viejas promociones.
- En cuanto a la prescripción enfermera, no debería presentarse, como está haciendo el Consejo General de Enfermería (CGE), como el triunfo de una vieja reivindicación que en realidad nunca lo fue, sino como una nueva posibilidad que conlleva responsabilidades y exigencias añadidas. La venta que se está realizando de cursos y aplicaciones informáticas para que “todas las enfermeras puedan ser prescriptoras”, cuando se desconocen los aspectos más básicos del desarrollo de la prescripción, los medicamentos que se autorizarán, las exigencias y características de las actividades formativas o los grados de libertad que tendrán los servicios autonómicos de salud para reglamentar, genera expectativas irreales. En ningún país del mundo se ha planteado algo así como la barra libre prescriptora que aquí se está vendiendo al afirmar que todas las enfermeras podrán prescribir 80.000 medicamentos.

Finalizaremos el documento con un breve apartado propositivo. Nunca fue nuestra intención adoptar un enfoque terapéutico, sino simplemente tratar de aportar elementos descriptivos y de juicio para que la enfermería, conjuntamente con los responsables de las políticas sanitarias y educativas a ser posible, pudiera enriquecer sus inevitables procesos de reflexión. Éstas serían nuestras aportaciones para el debate.

- Por lo que se refiere al SNS, debería existir una política estratégica común sobre desarrollo profesional que no se limitara a abordar los problemas de demografía profesional, sino que tratara de dar una respuesta más global, de rediseño de los mapas profesionales a partir de las aportaciones potenciales cuantitativas y cualitativas de todas las profesiones y ocupaciones sanitarias. Las políticas de producción de profesionales tardan tantos años en concretarse en la práctica, que la realidad suele haber cambiado para entonces lo suficiente como para que esas políticas se hayan quedado obsoletas: simplemente, no se trata de sistemas cerrados, sino muy abiertos. Es a partir de esta simple constatación cuando toman sentido verdaderamente los debates sobre quién y qué prescribe, qué áreas de especialización son precisas en cada profesión, qué tareas o funciones podrían ser delegadas o reubicadas o qué nuevas necesidades pueden dar origen a nuevos nichos ocupacionales reconocidos. Y sólo una vez que se han producido estos debates es posible tratar de establecer políticas sensatas de producción de profesionales. El CISNS debería empezar a pensar en que la LOPS no es un instrumento adecuado para adentrarse en el futuro. No se trata de ordenar, desde un enfoque básicamente taxonómico, lo que hoy existe, sino que habría que empezar a ordenar ya lo que pensamos que el futuro podría traernos.
- En cuanto a las profesiones sanitarias, aun sabiendo que cada ocupación defenderá por encima de todo sus posiciones conquistadas, todas ellas deberían ser capaces de entender que existen problemas y retos comunes que sólo pueden enfrentarse a partir de acuerdos mínimos interprofesionales. Lo que se está planteando hoy en día no es qué hacer con cada profesión aisladamente, sino con el conjunto de los recursos humanos que suponen el capítulo más importante del gasto sanitario. Existen aspectos estratégicos en los que es deseable y posible intentar una estrategia *win-win*, pero ello requiere acuerdos de futuro que no se vean zarandeados por movimientos tácticos o intervenciones externas. Las profesiones sanitarias españolas deberían plantearse el objetivo a medio plazo de constituir un foro de debate estable institucionalizado, si bien ello implica desarrollos intraprofesionales que permitan avanzar hacia un foro interprofesional mínimamente representativo de todos los profesionales sanitarios.
- En cuanto a las élites enfermeras, el principal problema que plantea la enfermería en esta posible estrategia común es que su representación corporativa se encuentra absolutamente aislada a nivel interno y externo: a día de hoy no es apreciada como un socio confiable, ni por la mayor parte del resto de las organizaciones enfermeras ni por otras organizaciones profesionales, muy especialmente la OMC. Esto supone un verdadero problema que debería ser admitido y debatido en el seno de la organización

colegial enfermera, aunque parece algo altamente improbable. En términos más generales, todas las élites enfermeras deberían reconocer la necesidad de impulsar un proceso extensivo e intensivo de relevo generacional, sin esperar a que sus miembros empiecen a jubilarse en masa, lo que ya empieza a suceder.

- En cuanto a la profesión de enfermería, no se debería ceder a la tentación de dejarse mecer confiadamente en una corriente que podría no ser tan creativa y próspera como en principio podría parecer. En primer lugar, porque debería darse cuenta de que estos nuevos desarrollos distarán mucho de ser igualitarios, por lo que supondrán necesariamente una fragmentación del cuerpo social enfermero, en un contexto, además, en el que sus retribuciones y estatus profesional no dependerán necesariamente de estas características, mucho menos en un SNS tan fragmentado políticamente donde se crearán puestos de trabajo muy dispares para un mismo nivel de cualificación formal. Y en segundo lugar, porque deberían contar con que existirán presiones para ceder a la enfermería únicamente las tareas y funciones que a otras profesiones les parezcan indeseables y no aquéllas que a la enfermería le parezcan deseables. La enfermería debería abrir un proceso de reflexión sobre las oportunidades y amenazas de los nuevos desarrollos, cuestionando el marketing político con el que muchas de sus élites, que básicamente aspiran a seguir estando al margen de un mercado laboral tan proceloso, adornan sus retóricas.
- En cuanto a la formación enfermera básica, una vez satisfecha la mayor parte de las reivindicaciones y necesidades emocionales de las viejas élites es preciso empezar a pensar en las de las nuevas generaciones. La necesidad más general y perentoria es avanzar en la vía de una mayor y mejor congruencia entre los planes docentes, los desarrollos de carrera profesional y las realidades asistenciales. La adaptación al EEES debe traducirse en planes docentes que contemplen nuevas competencias profesionales adecuadas a las expectativas reales de desarrollo profesional en los centros y servicios sanitarios, incluso aunque muchas de estas expectativas de desarrollo contradigan en algún sentido el dogma enfermero holístico. Si a las enfermeras se les está empezando a pedir que desempeñen funciones que han estado hasta ahora reservadas a los médicos, tendrán que ir incorporándose a los programas docentes aquellas competencias que precisen para realizar su nuevo trabajo.
- En cuanto a la formación de posgrado, los esquemas formativos a medio aplicar, como las especialidades, y los que se empezarán a aplicar, el denominado tercer ciclo, aunque esta denominación ya se está quedando obsoleta, parecen entrar en plena colisión conceptual. Probablemente serían magníficos en sistemas abiertos y creativos, ya que proporcionarían una magnífica base para dar respuestas *ad hoc* a las diferentes necesidades que se van presentando en los diferentes niveles del sistema. Pero en sistemas fuertemente burocráticos, centralistas, isomorfistas y corporativistas como el nuestro, esta coexistencia sólo puede suponer un problema para la planificación de recursos humanos y una fuente de frustración para los profesionales. Todas las administracio-

nes y agencias implicadas (CISNS, Consejo Nacional de Especialidades de Enfermería, Consejo de Coordinación Universitaria) deberían asumir la necesidad de analizar conjuntamente estos dos desarrollos paralelos y tratar de unificarlos dentro de un modelo general de desarrollo profesional enfermero basado en las posibilidades y necesidades reales de carrera profesional.

- En cuanto a la prescripción enfermera, podría desempeñar un papel muy importante en AP y en los servicios sociosanitarios, todo depende del enfoque que se adopte en su desarrollo y, sobre todo, de que se encuadre en planes o modelos generales. Los desarrollos andaluces son muy positivos, precisamente porque están adecuadamente enmarcados en una estrategia de innovación en cuidados de enfermería. A nuestro juicio, la prescripción enfermera es uno de los casos en que más justificado estaría que la normativa estatal adopte una visión facilitadora de desarrollos específicos de los servicios de salud autonómicos, amparándolos normativamente en un reglamento de mínimos, pero, eso sí, unos mínimos que garanticen la calidad y seguridad de la asistencia sanitaria, incluida la prestación farmacéutica. Por otro lado, no está de más recordar que las políticas de evaluación son esenciales para que todo el sistema se enriquezca a partir de desarrollos locales específicos.
- En cuanto a la asistencia sociosanitaria, ya hemos señalado cómo su raquítico desarrollo se ha convertido en uno de los principales hándicaps para que la enfermería española pueda asumir una posición mucho más central entre las profesiones sanitarias y en el propio SNS. La inversión pública en asistencia sociosanitaria se ha orientado en España, muy probablemente de manera acertada, hacia los cuidados domiciliarios; por su parte, la asistencia residencial muestra un claro predominio de la iniciativa privada con un perfil profesional muy bajo, escasamente cualificado. Por ello, para la enfermería española, potenciar un mayor desarrollo de los servicios sociosanitarios debería suponer una apuesta estratégica nuclear, en la que su liderazgo en torno a una mayor cualificación directiva y asistencial sería su principal aportación a un sector tan necesitado de profesionalización. Sin embargo, a la vista de las estructuras públicas y de mercado dominantes en este fundamental sector, ello exigirá la existencia de estímulos culturales y materiales al desarrollo de iniciativas asociativas de carácter profesional en un mercado mixto público-privado mucho más profesionalizado.

Bibliografía

- Abbott, A. (1988), *The system of professions: An essay on the division of expert labour*. Chicago, The University of Chicago Press.
- Abbott, A. (1991), The order of professionalization: An empirical analysis. *Work and Occupations*, 18, 355-84.
- Adams, A. *et al.* (2000), Skill-mix changes and work intensification in nursing. *Work, Employment and Society*, 14(3), 541-55.
- Adams, E. *et al.* (2010), Prescribing in Ireland: The national implementation framework. *Nurse Prescribing* 8(4), 182-89.
- Alberdi Castell, R. (1983), La enfermería, ¿profesión femenina? *Revista ROL de Enfermería*, 6 (57), 21-26.
- Alberdi Castell, R. (1998), La influencia del género en la evolución de la profesión enfermera en España. *Metas de Enfermería*, II (11), 20-26.
- Alberdi Castell, R. y Cuxart Ainaud, N. (2005), Cuidados, enfermeras y desarrollo profesional: Una reflexión sobre las bases del ejercicio profesional. (Disponible en: <http://www.index-f.com/presencia/n2/23articulo.php>).
- Aldridge, M. (1994), Unlimited liability? Emotional labour in nursing and social work. *Journal of Advanced Nursing*, 20(4), 722-28.
- Aliad (2010), Estudio 2009 del Sector Sanitario Privado. Resumen ejecutivo. Madrid, Aliad Conocimiento y Servicio S.L. (Disponible en: http://www.actasanitaria.com/fileset/doc_55218_FICHERO_NOTICIA_19310.pdf).
- Allen, D. (2004), Re-reading nursing and re-writing practice: towards an empirically based reformulation of the nursing mandate. *Nursing Inquiry*, 11(4), 271-83.
- Álvarez Nebreda, C. (2009), Enfermería para nuevas necesidades: nuevos profesionales, nuevas competencias y nuevos campos de actuación. Evolución de las competencias y necesidades de la Enfermería en España. *Revista de Administración Sanitaria*, 7(2), 185-90.
- Aneca (2005), Libro Blanco. Proyecto de la titulación enfermera, Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación. (Disponible en: http://www.aneca.es/media/150360/libroblanco_jun05_enfermeria.pdf).

- Bach, S. *et al.* (2010), Nursing a grievance? The role of healthcare assistants in a modernized National Health Service. *Gender, Work and Organization* (edición digital, 16/12/2008). (Disponible en: <http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/fulltext/123220779/PDFSTART>).
- Barton, T.D. *et al.* (1999), The nurse practitioner: Redefining occupational boundaries? *International Journal of Nursing Studies*, 36(1), 57-63.
- Batres Sicilia, J.P. *et al.* (2009), De la precisión de cuidados a los cuidados imprescindibles. Las enfermeras gestoras de casos en Andalucía: la enfermera comunitaria de enlace. *Revista de Administración Sanitaria*, 7(2), 313-22.
- Bergen, A. (1992), Case management in community care: concepts, practices and implications for nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 17(9), 1106-13.
- Bertrán Noguer, C. (2005), La feminització de la infermeria. Causalitat i estratègies per a la formació dels professionals. Tesis doctoral, Universidad de Girona. (Disponible en: <http://www.tesisenxarxa.net/TDX-1020105-124800/>).
- Black, N. (2005), Rise and demise of the hospital: a reappraisal of nursing. *British Medical Journal*, 331, 1394-96.
- Bodenheimer, T. *et al.* (2005), Nurses as leaders in chronic care. *British Medical Journal*, 330, 19 de marzo, 612-613.
- Bodenheimer, T. (2008), Transforming practice. *New England Journal of Medicine*, 359(20), 2086-89.
- Bone, D. (2002), Dilemmas of emotion work in nursing under market-driven health care. *International Journal of Public Sector Management*, 15(2), 140-50.
- Bourdieu, P. (1977), Outline of a theory of practice. Cambridge, Cambridge University Press.
- Bourgueil, Y. (2008), National recommendation for professional skill mix. *Health Policy Monitor Online*. (Disponible en: <http://www.hpm.org/survey/fr/a11/1>).
- Buchan, J. y Calnan, L. (2005), Skill-mix and policy change in the health workforce. Nurses in advanced roles. *OECD Health Working Papers* 17. (Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1787/743610272486>).
- Buresh, B. y Gordon, S. (2006), From silence to voice: What nurses know and must communicate to the public, Nueva York, Cornell University Press.
- CCDEC (2007), La prescripción enfermera. Barcelona, Consejo de Colegios de Diplomados en Enfermería de Cataluña.
- CGE (1998), Libro blanco de la aportación de la enfermería a la salud de los españoles: Situación actual y prospectiva de futuro de su desarrollo profesional. Madrid, Consejo General de Enfermería.

CGE (2006), Marco referencial para la prescripción enfermera. Madrid, Consejo General de Enfermería.

CGE (2009), Pacto por la sanidad. Aportaciones del Consejo General de Enfermería. Enlace roto o cambiado en la web del CGE (<http://www.cge.enfermundi.com>).

Chaboyer, W. *et al.* (2008), A comparison of activities undertaken by enrolled and registered nurses on medical wards in Australia: An observational study. *International Journal of Nursing Studies*, 45(9), 1274-84.

Chambliss, D.F. (1996), Beyond caring: hospitals, nurses, and the social organization of ethics. Chicago, The University of Chicago Press.

Christensen, C.M. *et al.* (2000), Will disruptive innovations cure health care? *Harvard Business Review*, Septiembre-Octubre, 2-10.

Christensen, T. *et al.* (2006), Performance management and public sector reform: The Norwegian hospital reform. *International Public Management Journal*, 9(2), 113-39.

CIHI (2005), The regulation and supply of nurse practitioner in Canada. Ottawa, Canadian Institute for Health Information.

CNA (2008), Advanced nursing practice. A national framework. Ottawa, Canadian Nurses Association. (Disponible en: http://www.cnaaic.ca/CNA/documents/pdf/publications/ANP_National_Framework_e.pdf).

CNA (2009), 2007 workforce profile of Registered Nurses in Canada Ottawa, Canadian Nurses Association (Disponible en: http://www.cna-aic.ca/CNA/documents/pdf/publications/2007_RN_Snapshot_e.pdf).

COIB (2005), Enfermeras hoy: Cómo somos y cómo nos gustaría ser. Barcelona, Col·legi Oficial d'Infermeria de Barcelona (Disponible en: <http://212.9.72.18/uploadsBO/Generica/Documents/ENFERMERAS%20HOY%20MAQUETAT.PDF>).

Contel Segura, J.C. (2008), Case management in Andalusia. *Health Policy Monitor Online*. (Disponible en: <http://www.hpm.org/survey/es/a12/1>).

Coombes, R. (2008), Dr Nurse will see you now. *British Medical Journal*, 337, 660-62.

Cooper *et al.* (2008), Stakeholders' views of UK nurse and pharmacist supplementary prescribing. *Journal of Health Services Research & Policy*, 13(4), 215-21.

Corwin, R.G. (1961), Role conception and career aspiration: A study of identity in nursing. *The Sociological Quarterly*, 2(2), 69-86.

Courtenay, M. (2006), Debate: Nursing prescribing. *Eurohealth*, 12(1), 4-6.

Crossan, B.A. y Ferguson, D. (2005), Exploring nursing skill-mix: A review. *Journal of Nursing Management*, 13(4), 356-62.

Cutcliffe, J.R. y Wieck, K.L. (2008), Salvation or damnation: Deconstructing nursing's aspirations to professional status. *Journal of Nursing Management*, 16, 499-507.

Cuxart i Ainaud, N. (2006), La prescripción enfermera: Una situación indispensable para la mejora del sistema de salud. Barcelona, Col·legi Oficial d'Infermeria de Barcelona.

Dahle, R. (2003), Shifting boundaries and negotiations on knowledge: Interprofessional conflicts between nurses and nursing assistants in Norway. *International Journal of Sociology and Social Policy*, 23(4/5), 139-58.

David, B.A. (2000), Nursing's gender politics: Reformulating the footnotes. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 83-93.

Davies, C. (1995), Gender and the professional predicament in nursing. Buckingham, Open University Press.

Daykin, N. y Clarke, B. (2000) 'They'll still get the bodily care'. Discourses of care and relationships between nurses and health care assistants in the NHS. *Sociology of Health & Illness*, 22(3), 349-63.

De Miguel, J.M. (1982), Para un análisis sociológico de la profesión médica. *REIS*, 20, 101-20.

Del Mar, C.B. y Dwyer, N. (2006), A radical new treatment for the sick health workforce, *Medical Journal of Australia*, 185(1), 32-34.

Del Pino Casado, R. y Martínez Riera, J.R. (2007), Estrategias para mejorar la visibilidad y accesibilidad de los cuidados enfermeros en atención primaria de salud. *Revista de Administración Sanitaria*, 5(2), 311-37.

Dent, M. (2005), Changing jurisdictions within the health professions? Autonomy, accountability and evidence based practice. *4th International Critical Management Studies Conference*. (Disponible en: <http://merlin.mngt.waikato.ac.nz/ejrot/cmsconference/2005/proceedings/professions/Dnt.pdf>).

DHSS-HRSA (2010), The Registered Nurse population. Initial findings from the 2008 National Sample Survey of Registered Nurses. U.S. Department of Health and Human Services, Health Resources and Services Administration. (Disponible en: <http://bhpr.hrsa.gov/healthworkforce/rnsurvey>).

Dingwall, R. y Allen, D. (2001), The implications of healthcare reforms for the profession of nursing. *Nursing Inquiry*, 8(2), 64-74.

DoH (2006), Modernising nursing careers. Setting the direction. Londres, Department of Health. (Disponible en: http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4138756).

DoH (2007), Towards a framework for post registration nursing careers. Londres, Department of Health. (Disponible en: http://www.dh.gov.uk/en/Consultations/Closedconsultations/DH_079911).

DoH (2010), Front Line Care: The future of nursing and midwifery in England. Report of the Prime Minister's Commission on the Future of Nursing and Midwifery in England 2010. Londres, Crown. (Disponible en: http://cnm.independent.gov.uk/wp-content/uploads/2010/03/front_line_care.pdf).

Doherty, C. (2009), A qualitative study of health service reform on nurses' working lives: Learning from the UK National Health Service (NHS). *International Journal of Nursing Studies*, 46(8), 1134-42.

Domínguez-Alcón, C. (1979), Para una sociología de la profesión de enfermería en España. REIS, 8, 103-29.

Domínguez-Alcón, C. (1986), Los cuidados y la profesión enfermera en España. Madrid, Pirámide.

Dreier, A. *et al.* (2010), A curriculum for nurses in Germany undertaking medically-delegated tasks in primary care. *Journal of Advanced Nursing*, 66(3), 635-44.

Duffield, C. *et al.* (2009), Advanced nursing practice: A global perspective. *Collegian*, 16(2), 55-62.

Duró, G. (1998), La imagen de la enfermería frente a la opinión pública. Conferencia dictada el 9 de junio de 1998 en la EUE de la Universidad de Alcalá.

Encyclopedia of Health Services Research (2009), "Nurses". Edición digital, SAGE Publications.

(Disponible en: http://sage-ereference.com/healthservices/Article_n295.html).

Evans, R.G. (1998), Health for all or wealth for some: Conflicting goals in health care reform. Vancouver, Health Policy Research Unit, British Columbia University. (Disponible en: <http://www.chspr.ubc.ca/files/publications/1998/hpru98-12D.pdf>).

Fajardo Trasobares, M.E. y Germán Bes, C. (2004), Influencia del género en el reconocimiento de los cuidados enfermeros visibles e invisibles. *Index de Enfermería*, 46, 9-12.

Forsyth, P.B. y Danisiewicz, T.J. (1985), Toward a theory of professionalization. *Work and Occupations*, 12(1), 59-76.

Francis, B. y Humphreys, J. (1999), Enrolled nurses and the professionalisation of nursing: A comparison of nurse education and skill-mix in Australia and the UK. *International Journal of Nursing Studies*, 36(2), 127-35.

Francisco del Rey, C (2008). De la práctica de la enfermería a la teoría enfermera. Concepciones presentes en el ejercicio profesional. Tesis doctoral, Universidad de Alcalá. Disponible en: <http://dspace.uah.es/jspui/handle/10017/2700>).

Freidson, E. (1978) La profesión médica. Barcelona, Península.

- Galao Malo, R. (2009), Enfermería de práctica avanzada en España: ahora es el momento. *Index de Enfermería* (edición digital), 18 (4). (Disponible en: <http://www.index-f.com/index-enfermeria/v18n4/7090.php>).
- Gómez Picard, P. (2008) Reflexiones sobre la prescripción enfermera, *Revista Tesela* (edición digital), 3. (Disponible en: <http://www.index-f.com/tesela/ts3/ts6788.php>).
- Groenewegen, P.P. (2008), Update on Nurse Practitioners, *Health Policy Monitor Online*, octubre 2008. (Disponible en: <http://www.hpm.org/survey/nl/a12/2>).
- Ham, C. (2010), Working together for health: Achievements and challenges in the Kaiser NHS Beacon Sites Programme. *HSMC Policy Paper 6*, University of Birmingham (Disponible en: http://www.hsmc.bham.ac.uk/publications/policy-papers/Kaiser_policy_paper_Jan_2010.pdf).
- Herdman, E.A. (2001), The illusion of progress in nursing. *Nursing Philosophy*, 2, 413.
- Hernández Martín, F. (coord.) (1996), Historia de la enfermería en España. Desde la antigüedad hasta nuestros días. Madrid, Síntesis.
- Herzlinger, R.E. (2006), Why innovation in health care is so hard? *Harvard Business Review*, Mayo, 2-9.
- Horrocks, S. *et al.* (2002), Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. *British Medical Journal*, 324, 819-23.
- ICN (2008), The scope and practice, standards and competencies of the Advanced Practice Nurse. Ginebra, International Council of Nurses.
- ICN (2009), Implementing nurse prescribing. Ginebra, International Council of Nurses.
- Institute of Medicine (2004), Keeping patients safe. Transforming the work environment of nurses. Washington DC, The National Academy Press.
- Institute of Medicine (2009), The healthcare imperative: Lowering costs and improving outcomes: Brief summary of a workshop. Washington, National Academy of Sciences. (Disponible en: <http://www.nap.edu/catalog/12750.html>).
- Jennings, N. *et al.* (2008), Evaluating outcomes of the emergency nurse practitioner role in a major urban emergency department, Melbourne, Australia. *Journal of Clinical Nursing*, 17(8), 1044-50.
- Johnson, T. (1972), Professions and power. Londres, Macmillan.
- Jutel, A. y Menkes, D.B. (2008), Soft targets: Nurses and the pharmaceutical industry. *PloS Medicine*, 5(2), 193-98.
- Kneebone, R. y Darzi, A. (2005), New professional roles in surgery. *British Medical Journal*, 330, 803-04.

- Laurant, M. *et al.* (2004), Nurse practitioners do not reduce the workload of GPs – a randomized controlled trial. *British Medical Journal*, 328, 927-30.
- Law, K. y Aranda, K. (2009) The shifting foundations of nursing. *Nurse Education Today Online*. (Disponible en: <http://download.journals.elsevierhealth.com/pdfs/journals/02606917/PIIS0260691709002184.pdf>).
- Lewis, R. (2001), Nurse-led primary care. Learning from PMS pilots. Londres, King's Fund.
- Lindblad, E. *et al.* (2010), Experiences of the new role of advanced practice nurses in Swedish primary health care. A qualitative study. *International Journal of Nursing Practice*, 16(1), 69-74.
- López, S.H. (2006), Emotional labor and organized emotional care: Conceptualizing nursing home care work. *Work and Occupations*, 33(2), 133-60.
- Martínez Riera, J.R. (2008), Prescripción enfermera. Ni sí, ni no, sino todo lo contrario. *e-Ras*.
- Martínez Riera, J.R. y Sanjuán Quiles, A. (2009), ¿Por qué hablamos de continuidad de cuidados cuando realmente queremos decir satisfacción profesional? *Revista de Administración Sanitaria*, 7(4), 661-82.
- Matesanz Santiago, M.A. (2009), Pasado, presente y futuro de la Enfermería: Una aptitud constante. *Revista de Administración Sanitaria*, 7(2), 243-60.
- Maynard, A. (2006), Debate: Nurse prescribing. *Eurohealth*, 12(1), 6-7.
- McCartney, W. *et al.* (1999), Nurse prescribing: Radicalism or tokenism? *Journal of Advanced Nursing*, 29(2), 348-54.
- Ministerio de Educación (2009), Informe sobre la oferta, la demanda y la matrícula de nuevo ingreso. Curso 2007-08. (Disponible en: <http://www.educacion.es/dctm/mepsyd/educacion/universidades/estadisticasinformes/estadisticas/nuevoingreso-universidades-publicas.pdf?documentId=0901e72b80048b6f>).
- Miró Bonet, M. (2008), ¿Por qué somos como somos? Continuidades y transformaciones de los discursos y las relaciones de poder en la identidad de las/os enfermeras/os en España (1956-1976). Tesis doctoral, Universitat de les Illes Balears. (Disponible en: http://www.tesisexarxa.net/TESIS_UIB/AVAILABLE/TDX-0729109131301//tmmb1de1.pdf).
- Moliner Prada, C. e Iglesias Clemente, J.M. (2005), La carrera profesional en atención primaria, ¿la solución? *Revista de Administración Sanitaria*, 3(1), 131-42.
- Mountford, L. y Rosen, R. (2001), NHS Walk-in centres in London. Londres, King's Fund.
- Navarro López, V. y Martín-Zurro, A. (2009), Proyecto de investigación: La Atención Primaria de Salud en España y sus comunidades autónomas. Barcelona, Semfyc Ediciones.

Nelson, S. (2007a), De la autonomía a la responsabilidad: Aspectos individuales y de conjunto en la práctica actual de la enfermería. *Enfermería Clínica*, 17(4), 1-2.

Nelson, S. (2007b), Embodied knowing? The constitution of expertise as moral practice in nursing. *Texto & Contexto Enfermagem*, 16(1), 136-41.

NHS (1999), Review of prescribing, supply & administration of medicines. Londres, National Health Service. (Disponible en: http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4077151).

NHS (2010), NHS staff numbers, 1999-2009. (Disponible en: <http://www.ic.nhs.uk/statistics-and-data-collections/workforce/nhs-staff-numbers>).

NMC (2005), Implementation of a framework for the standard for post registration nursing. Londres, Nursing and Midwifery Council. (Disponible en: <http://www.aanpe.org/LinkClick.aspx?fileticket=APot4sQgB1Y%3d&tabid=1051&m=982&language=en-US>).

NMC (2008), Statistical analysis of the Register, 1 April 2007 to 31 March 2008. Londres, Nursing and Midwifery Council. Disponible en: <http://www.nmc-uk.org/aDisplayDocument.aspx?DocumentID=5730>).

OCDE (2009), Health at a glance 2009. Disponible en: http://www.oecdilibrary.org/content/book/health_glance-2009-en).

Oltra Rodríguez, E. (2009), Especialidades enfermeras: El día después. *Revista de Administración Sanitaria*, 7(2), 293-307.

Osborn, G.D. *et al.* (2010), Breast disease diagnostic ability of nurse practitioners and surgeons. *Journal of Advanced Nursing*, 66(7), 1452-58.

Pearcey, P. (2010), 'Caring? It's the little things we are not supposed to do anymore'. *International Journal of Nursing Practice*, 16(1), 51-56.

Pearson, A. y Peels, S. (2002), Advanced practice in nursing: *International perspective*. *International Journal of Nursing Practice*, 8(2), S1-S4.

Pedraz, A. (2005), Enfermería no está en el código UNESCO. *Nure Investigación* (edición digital), 13. (Disponible en: http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/editorial/Editorial%2013.pdf).

Pita Barros, P. y de Almeida Simões, J. (2007), Portugal. Health system review. *Health Systems in Transition*, 9(5), Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.

Purc-Stephenson, R.J., y Thrasher, C. (2010). Nurses' experiences with telephone triage and advice: A meta-ethnography. *Journal of Advanced Nursing*, 66(3), 482-94.

Rakovski, C.C. y Price-Glynn, K. (2009), Caring labour, intersectionality and worker satisfaction: An analysis of the National Nursing Assistant Study (NNAS). *Sociology of Health & Illness*, 32(3), 400-14.

- Ramió Jofre, A. (2005), Valores y actitudes profesionales. Estudio de la práctica profesional enfermera en Catalunya. Tesis doctoral, Universidad de Barcelona. (Disponible en: http://www.tesisred.net/TESIS_UB/AVAILABLE/TDX-0329106163645/ARJ_TESIS.pdf).
- RCN (2007), Domains and competencies for UK ANP practice. Londres, Royal College of Nursing. (Disponible en: http://www.rcn.org.uk/development/communities/rcn_forum_communities/nurse_practitioner).
- Reeves, L.M. *et al.* (2009), Substitution of doctors by nurses in primary care (Review). *The Cochrane Library*, 2009 (1). (Disponible en: <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsystrev/articles/CD001271/frame.html>).
- Reverby, S. (2001), A caring dilemma: Womanhood and nursing in historical perspective. En E.C. Hein (ed.), *Nursing issues in the 21st century. Perspectives from the literature*. Filadelfia, Lippincott Williams & Wilkins.
- Rhéaume, A. (2003), The changing division of labour between nurses and nursing assistants in New Brunswick. *Journal of Advanced Nursing*, 41(5), 435-43.
- Rhéaume, A. *et al.* (2007), The Impact of health care restructuring and baccalaureate entry to practice on nurses in New Brunswick. *Policy, Politics & Nursing Practice*, 8(2), 130-39.
- Rodríguez García, M., *et al.* (2009), Deconstrucción de la profesión de enfermería desde la perspectiva del género. ¿Debilidad o fortaleza? *Revista ROL de Enfermería*, 32(7-8), 24-30.
- Romero-Nieva Lozano, J. (2009), La especialidad de enfermería familiar y comunitaria: ¿Es compatible con las especialidades enfermeras de pediatría, geriatría y matronas? *Revista de Administración Sanitaria*, 7(2), 285-91.
- Rutty, J.E. (1998), The nature of philosophy of science, theory and knowledge relating to nursing and professionalism. *Journal of Advanced Nursing*, 28(2), 243-50.
- Sanjuan i Nebot, L.F. (2009), Recursos humanos de enfermería en España. *Revista de Administración Sanitaria*, 7(2), 231-42.
- Sarabia y Alvarezude, J. (2009), La enfermería y el barómetro sanitario. *Revista de Administración Sanitaria*, 7(2), 207-20.
- Savrin, C. (2009), Growth and development of the nurse practitioner role around the globe. *Journal of Pediatric Health Care*, 23(5), 310-14.
- Sibbald, B., *et al.* (2006) Advanced nurse roles in UK primary care. *The Medical Journal of Australia*, 185(1), 10-12.
- Shields, L. y Watson, R. (2007), The demise of nursing in the United Kingdom: A warning for medicine. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 100, 70-74.
- Sursock, A. y Smidt, A. (2010), Trends 2010: A decade of change in European higher education. Bruselas, European University Association.

Thomas, M. y Hynes, C. (2009), The times they are a changin. *Journal of Nursing Management*, 17(5), 523-31.

Thornley, C. (1995), Segmentation and inequality the nursing workforce. En R.Crompton *et al.* (eds.), Changing forms of employment. Organisations, skills and gender. Londres, Routledge.

Thornley, C. (2001), A question of competence? Re-evaluating the roles of the nursing auxiliary and health care assistant in the NHS. *Journal of Clinical Nursing*, 9(3), 451-58.

Timmons, S. y Tanner, J. (2004), A disputed occupational boundary: Operating theatre nurses and operating department practitioners. *Sociology of Health & Illness*, 26(5), 645-66.

Tomey, A.M. y Alligood, M.R. (2006), Nursing theorists and their work. San Luis (Missouri), Mosby Elsevier.

Venning, P. *et al.* (2000), Randomised controlled trial comparing cost effectiveness of general practitioners and nurse practitioners in primary care. *British Medical Journal*, 320, 1048-53.

Walters, V. *et al.* (1998), Work and health: A study of the occupational and domestic roles of women registered nurses and registered practical nurses in Ontario, Canada. *Gender, Work and Organization*, 5(4), 230-44.

Watson, R. y Shields, L. (2009), Cruel Britannia: A personal critique of nursing in the United Kingdom. *Contemporary Nurse*, 32(1-2), 42-54.

Williams, J., *et al.* (2009), Effectiveness of nurse delivered endoscopy: findings from randomised multi-institution nurse endoscopy trial (MINuET). *British Medical Journal*, 338, b231.

WHO (2009), Global standards for the initial education of professional nurses and midwives. Ginebra, World Health Organization.

Zander, K. (2002), Nursing case management in the 21st Century: Intervening where margin meets mission. *Nursing Administration Quarterly*, 26(5), 58-67.

Índice de Tablas

Tablas

Tabla 1. La oposición de imagen de medicina y enfermería.....	40
Tabla 2. Indicadores demográficos utilizados.....	45
Tabla 3. Estructura de las plantillas hospitalarias (médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería) en España e Inglaterra.....	50

Documentos de trabajo publicados

- 1/2003. **Servicios de atención a la infancia en España: estimación de la oferta actual y de las necesidades ante el horizonte 2010.** María José González López.
- 2/2003. **La formación profesional en España. Principales problemas y alternativas de progreso.** Francisco de Asís de Blas Aritio y Antonio Rueda Serón.
- 3/2003. **La Responsabilidad Social Corporativa y políticas públicas.** Alberto Lafuente Féllez, Víctor Viñuales Edo, Ramón Pueyo Viñuales y Jesús Llaría Aparicio.
- 4/2003. **V Conferencia Ministerial de la OMC y los países en desarrollo.** Gonzalo Fanjul Suárez.
- 5/2003. **Nuevas orientaciones de política científica y tecnológica.** Alberto Lafuente Féllez.
- 6/2003. **Repensando los servicios públicos en España.** Alberto Infante Campos.
- 7/2003. **La televisión pública en la era digital.** Alejandro Perales Albert.
- 8/2003. **El Consejo Audiovisual en España.** Ángel García Castillejo.
- 9/2003. **Una propuesta alternativa para la Coordinación del Sistema Nacional de Salud español.** Javier Rey del Castillo.
- 10/2003. **Regulación para la competencia en el sector eléctrico español.** Luis Atienza Serna y Javier de Quinto Romero.
- 11/2003. **El fracaso escolar en España.** Álvaro Marchesi Ullastres.
- 12/2003. **Estructura del sistema de Seguridad Social. Convergencia entre regímenes.** José Luis Tortuero Plaza y José Antonio Panizo Robles.
- 13/2003. **The Spanish Child Gap: Rationales, Diagnoses, and Proposals for Public Intervention.** Fabrizio Bernardi.
- 13*/2003. **El déficit de natalidad en España: análisis y propuestas para la intervención pública.** Fabrizio Bernardi.
- 14/2003. **Nuevas fórmulas de gestión en las organizaciones sanitarias.** José Jesús Martín Martín.
- 15/2003. **Una propuesta de servicios comunitarios de atención a personas mayores.** Sebastián Sarasa Urdiola.
- 16/2003. **El Ministerio Fiscal. Consideraciones para su reforma.** Olga Fuentes Soriano.
- 17/2003. **Propuestas para una regulación del trabajo autónomo.** Jesús Cruz Villalón.
- 18/2003. **El Consejo General del Poder Judicial. Evaluación y propuestas.** Luis López Guerra.
- 19/2003. **Una propuesta de reforma de las prestaciones por desempleo.** Juan López Gandía.
- 20/2003. **La Transparencia Presupuestaria. Problemas y Soluciones.** Maurici Lucena Betriu.
- 21/2003. **Análisis y evaluación del gasto social en España.** Jorge Calero Martínez y Mercè Costa Cuberta.
- 22/2003. **La pérdida de talentos científicos en España.** Vicente E. Larraga Rodríguez de Vera.
- 23/2003. **La industria española y el Protocolo de Kioto.** Antonio J. Fernández Segura.
- 24/2003. **La modernización de los Presupuestos Generales del Estado.** Enrique Martínez Robles, Federico Montero Hita y Juan José Puerta Pascual.
- 25/2003. **Movilidad y transporte. Opciones políticas para la ciudad.** Carme Miralles-Guasch y Àngel Cebollada i Frontera.
- 26/2003. **La salud laboral en España: propuestas para avanzar.** Fernando G. Benavides.
- 27/2003. **El papel del científico en la sociedad moderna.** Pere Puigdomènech Rosell.
- 28/2003. **Tribunal Constitucional y Poder Judicial.** Pablo Pérez Tremps.
- 29/2003. **La Audiencia Nacional: una visión crítica.** José María Asencio Mellado.
- 30/2003. **El control político de las misiones militares en el exterior.** Javier García Fernández.
- 31/2003. **La sanidad en el nuevo modelo de financiación autonómica.** Jesús Ruiz-Huerta Carbonell y Octavio Granado Martínez.
- 32/2003. **De una escuela de mínimos a una de óptimos: la exigencia de esfuerzo igual en la Enseñanza Básica.** Julio Carabaña Morales.
- 33/2003. **La difícil integración de los jóvenes en la edad adulta.** Pau Baizán Muñoz.

- 34/2003. **Políticas de lucha contra la pobreza y la exclusión social en España: una valoración con EspaSim.** Magda Mercader Prats.
- 35/2003. **El sector del automóvil en la España de 2010.** José Antonio Bueno Oliveros.
- 36/2003. **Publicidad e infancia.** Purificación Llaquet, M^a Adela Moyano, María Guerrero, Cecilia de la Cueva, Ignacio de Diego.
- 37/2003. **Mujer y trabajo.** Carmen Sáez Lara.
- 38/2003. **La inmigración extracomunitaria en la agricultura española.** Emma Martín Díaz.
- 39/2003. **Telecomunicaciones I: Situación del Sector y Propuestas para un modelo estable.** José Roberto Ramírez Garrido y Juan Vega Esquerrá.
- 40/2003. **Telecomunicaciones II: Análisis económico del sector.** José Roberto Ramírez Garrido y Álvaro Escribano Sáez.
- 41/2003. **Telecomunicaciones III: Regulación e Impulso desde las Administraciones Públicas.** José Roberto Ramírez Garrido y Juan Vega Esquerrá.
- 42/2004. **La Renta Básica. Para una reforma del sistema fiscal y de protección social.** Luis Sanzo González y Rafael Pinilla Pallejà.
- 43/2004. **Nuevas formas de gestión. Las fundaciones sanitarias en Galicia.** Marciano Sánchez Bayle y Manuel Martín García.
- 44/2004. **Protección social de la dependencia en España.** Gregorio Rodríguez Cabrero.
- 45/2004. **Inmigración y políticas de integración social.** Miguel Pajares Alonso.
- 46/2004. **TV educativo-cultural en España. Bases para un cambio de modelo.** José Manuel Pérez Tornero.
- 47/2004. **Presente y futuro del sistema público de pensiones: Análisis y propuestas.** José Antonio Griñán Martínez.
- 48/2004. **Contratación temporal y costes de despido en España: lecciones para el futuro desde la perspectiva del pasado.** Juan J. Dolado y Juan F. Jimeno.
- 49/2004. **Propuestas de investigación y desarrollo tecnológico en energías renovables.** Emilio Menéndez Pérez.
- 50/2004. **Propuestas de racionalización y financiación del gasto público en medicamentos.** Jaume Puig-Junoy y Josep Llop Talaverón.
- 51/2004. **Los derechos en la globalización y el derecho a la ciudad.** Jordi Borja.
- 52/2004. **Una propuesta para un comité de Bioética de España.** Marco-Antonio Broggi Trias.
- 53/2004. **Eficacia del gasto en algunas políticas activas en el mercado laboral español.** César Alonso-Borrego, Alfonso Arellano, Juan J. Dolado y Juan F. Jimeno.
- 54/2004. **Sistema de defensa de la competencia.** Luis Berenguer Fuster.
- 55/2004. **Regulación y competencia en el sector del gas natural en España. Balance y propuestas de reforma.** Luis Atienza Serna y Javier de Quinto Romero.
- 56/2004. **Propuesta de reforma del sistema de control de concentraciones de empresas.** José M^a Jiménez Laiglesia.
- 57/2004. **Análisis y alternativas para el sector farmacéutico español a partir de la experiencia de los EE UU.** Rosa Rodríguez-Monguió y Enrique C. Seoane Vázquez.
- 58/2004. **El recurso de amparo constitucional: una propuesta de reforma.** Germán Fernández Farreres.
- 59/2004. **Políticas de apoyo a la innovación empresarial.** Xavier Torres.
- 60/2004. **La televisión local entre el limbo regulatorio y la esperanza digital.** Emili Prado.
- 61/2004. **La universidad española: soltando amarras.** Andreu Mas-Colell.
- 62/2005. **Los mecanismos de cohesión territorial en España: un análisis y algunas propuestas.** Ángel de la Fuente.
- 63/2005. **El libro y la industria editorial.** Gloria Gómez-Escalonilla.
- 64/2005. **El gobierno de los grupos de sociedades.** José Miguel Embid Irujo, Vicente Salas Fumás.
- 65(I)/2005. **La gestión de la demanda de electricidad Vol. I.** José Ignacio Pérez Arriaga, Luis Jesús Sánchez de Tembleque, Mercedes Pardo.
- 65(II)/2005. **La gestión de la demanda de electricidad Vol. II (Anexos).** José Ignacio Pérez Arriaga, Luis Jesús Sánchez de Tembleque, Mercedes Pardo.

- 66/2005. **Responsabilidad patrimonial por daño ambiental: propuestas de reforma legal.** Ángel Manuel Moreno Molina.
- 67/2005. **La regeneración de barrios desfavorecidos.** María Bruquetas Callejo, Fco. Javier Moreno Fuentes, Andrés Walliser Martínez.
- 68/2005. **El aborto en la legislación española: una reforma necesaria.** Patricia Laurenzo Copello.
- 69/2005. **El problema de los incendios forestales en España.** Fernando Estirado Gómez, Pedro Molina Vicente.
- 70/2005. **Estatuto de laicidad y Acuerdos con la Santa Sede: dos cuestiones a debate.** José M.^a Contreras Mazarío, Óscar Celador Angón.
- 71/2005. **Posibilidades de regulación de la eutanasia solicitada.** Carmen Tomás-Valiente Lanuza.
- 72/2005. **Tiempo de trabajo y flexibilidad laboral.** Gregorio Tudela Cambroner, Yolanda Valdeolivas García.
- 73/2005. **Capital social y gobierno democrático.** Francisco Herreros Vázquez.
- 74/2005. **Situación actual y perspectivas de desarrollo del mundo rural en España.** Carlos Tió Saralegui.
- 75/2005. **Reformas para revitalizar el Parlamento español.** Enrique Guerrero Salom.
- 76/2005. **Rivalidad y competencia en los mercados de energía en España.** Miguel A. Lasheras.
- 77/2005. **Los partidos políticos como instrumentos de democracia.** Henar Criado Olmos.
- 78/2005. **Hacia una deslocalización textil responsable.** Isabel Kreisler.
- 79/2005. **Conciliar las responsabilidades familiares y laborales: políticas y prácticas sociales.** Juan Antonio Fernández Cordón y Constanza Tobío Soler.
- 80/2005. **La inmigración en España: características y efectos sobre la situación laboral de los trabajadores nativos.** Raquel Carrasco y Carolina Ortega.
- 81/2005. **Productividad y nuevas formas de organización del trabajo en la sociedad de la información.** Rocío Sánchez Mangas.
- 82/2006. **La propiedad intelectual en el entorno digital.** Celeste Gay Fuentes.
- 83/2006. **Desigualdad tras la educación obligatoria: nuevas evidencias.** Jorge Calero.
- 84/2006. **I+D+i: selección de experiencias con (relativo) éxito.** José Antonio Bueno Oliveros.
- 85/2006. **La incapacidad laboral en su contexto médico: problemas clínicos y de gestión.** Juan Gervas, Ángel Ruiz Téllez y Mercedes Pérez Fernández.
- 86/2006. **La universalización de la atención sanitaria. Sistema Nacional de Salud y Seguridad Social.** Francisco Sevilla.
- 87/2006. **El sistema de servicios sociales español y las necesidades derivadas de la atención a la dependencia.** Pilar Rodríguez Rodríguez.
- 88/2006. **La desalinización de agua de mar mediante el empleo de energías renovables.** Carlos de la Cruz.
- 89/2006. **Bases constitucionales de una posible política sanitaria en el Estado autonómico.** Juan José Solozábal Echavarría.
- 90/2006. **Desigualdades territoriales en el Sistema Nacional de Salud (SNS) de España.** Beatriz González López-Valcárcel y Patricia Barber Pérez.
- 91/2006. **Agencia de Evaluación: innovación social basada en la evidencia.** Rafael Pinilla Pallejà.
- 92/2006. **La Situación de la industria cinematográfica española.** José María Álvarez Monzoncillo y Javier López Villanueva.
- 93/2006. **Intervención médica y buena muerte.** Marc-Antoni Broggi Trias, Clara Llubíà Maristany y Jordi Trelis Navarro.
- 94/2006. **Las prestaciones sociales y la renta familiar.** María Teresa Quílez Félez y José Luis Achurra Aparicio.
- 95/2006. **Plan integral de apoyo a la música y a la industria discográfica.** Juan C. Calvi.
- 96/2006. **Justicia de las víctimas y reconciliación en el País Vasco.** Manuel Reyes Mate.
- 97/2006. **Cuánto saben los ciudadanos de política.** Marta Fraile.
- 98/2006. **Profesión médica en la encrucijada: hacia un nuevo modelo de gobierno corporativo y de contrato social.** Albert J. Jovell y María D. Navarro.
- 99/2006. **El papel de la financiación público-privada de los servicios sanitarios.** A. Prieto Orzanco, A. Arbelo López de Letona y E. Mengual García.

- 100/2006. **La financiación sanitaria autonómica: un problema sin resolver.** Pedro Rey Biel y Javier Rey del Castillo.
- 101/2006. **Responsabilidad social empresarial en España.** Anuario 2006.
- 102/2006. **Problemas emergentes en salud laboral: retos y oportunidades.** Fernando G. Benavides y Jordi Delclòs Clanchet.
- 103/2006. **Sobre el modelo policial español y sus posibles reformas.** Javier Barcelona Llop.
- 104/2006. **Infraestructuras: más iniciativa privada y mejor sector público.** Ginés de Rus Mendoza.
- 105/2007. **El teatro en España: decadencia y criterios para su renovación.** Joaquín Vida Arredondo.
- 106/2007. **Las alternativas al petróleo como combustible para vehículos automóviles.** José Antonio Bueno Oliveros.
- 107/2007. **Movilidad del factor trabajo en la Unión Europea y coordinación de los sistemas de pensiones.** Jesús Ferreiro Aparicio y Felipe Serrano Pérez.
- 108/2007. **La reforma de la casación penal.** Jacobo López Barja de Quiroga.
- 109/2007. **El gobierno electrónico: servicios públicos y participación ciudadana.** Fernando Tricas Lamana.
- 110/2007. **Sistemas alternativos a la resolución de conflictos (ADR): la mediación en las jurisprudencias civil y penal.** José-Pascual Ortuño Muñoz y Javier Hernández García.
- 111/2007. **El sector de la salud y la atención a la dependencia.** Antonio Jiménez Lara.
- 112/2007. **Las revistas culturales y su futuro digital.** M.^a Trinidad García Leiva.
- 113/2007. **Mercado de vivienda en alquiler en España: más vivienda social y más mercado profesional.** Alejandro Inurrieta Beruete.
- 114/2007. **La gestión de la demanda de energía en los sectores de la edificación y del transporte.** José Ignacio Pérez Arriaga, Xavier García Casals, María Mendiluce Villanueva, Pedro Miras Salamanca y Luis Jesús Sánchez de Tembleque.
- 115/2007. **Aseguramiento de los riesgos profesionales y responsabilidad empresarial.** Manuel Correa Carrasco.
- 116/2007. **La inversión del minoritario: el capital silencioso.** Juan Manuel Barreiro, José Ramón Martínez, Ángeles Pellón y José Luis de la Peña.
- 117/2007. **¿Se puede dinamizar el sector servicios? Un análisis del sector y posibles vías de reforma.** Carlos Maravall Rodríguez.
- 118/2007. **Políticas de creación de empresas y su evaluación.** Roberto Velasco Barroetabeña y María Saiz Santos.
- 119/2007. **La reforma del acceso a la carrera judicial en España: algunas propuestas.** Alejandro Saiz Arnaiz.
- 120/2007. **Renta y privación en España desde una perspectiva dinámica.** Rosa Martínez López.
- 121/2007. **La inversión pública en España: algunas líneas estratégicas.** Rafael Myro Sánchez.
- 122/2007. **La prensa ante el reto en línea. Entre las limitaciones del modelo tradicional y las incógnitas de su estrategia digital.** Xosé López y Xosé Pereira.
- 123/2007. **Genéricos: medidas para el aumento de su prescripción y uso en el Sistema Nacional de Salud.** Antonio Iñesta García.
- 124/2007. **Laicidad, manifestaciones religiosas e instituciones públicas.** José M.^a Contreras Mazarío y Óscar Celador Angón.
- 125/2007. **Las cajas de ahorros: retos de futuro.** Ángel Berges Lobera y Alfonso García Mora.
- 126/2007. **El Informe PISA y los retos de la educación en España.** Olga Salido Cortés.
- 127/2007. **Propuesta de organización corporativa de la profesión médica.** Juan F. Hernández Yáñez.
- 128/2008. **Urbanismo, arquitectura y tecnología en la ciudad digital.** José Carlos Arnal Losilla.
- 129/2008. **La televisión digital terrestre en España. Por un sistema televisivo de futuro acorde con una democracia de calidad.** Enrique Bustamante Ramírez.
- 130/2008. **La distribución y dispensación de medicamentos en España.** Ricard Meneu.
- 131/2008. **Nuevos mecanismos de fraude fiscal. Algunas propuestas para un modelo de investigación.** Juan Manuel Vera Priego.
- 132/2008. **Radio digital en España: incertidumbres tecnológicas y amenazas al pluralismo.** Rosa Franquet Calvet.
- 133/2008. **Dinámica emprendedora en España.** M.^a Jesús Alonso Nuez, Carmen Galve Górriz, Vicente Salas Fumás y J. Javier Sánchez Asín.

- 134(I)/2008. **Negociación colectiva, adaptabilidad empresarial y protección de los derechos de los trabajadores vol. I.** Joaquín García Murcia y María Antonia Castro Argüelles.
- 134(II)/2008. **Negociación colectiva, adaptabilidad empresarial y protección de los derechos de los trabajadores vol. II (Anexos).** Joaquín García Murcia y María Antonia Castro Argüelles.
- 135/2008. **El sindicalismo en España.** Andrew J. Richards.
- 136/2008. **La Genómica de plantas: una oportunidad para España.** Pere Arús y Pere Puigdomènech.
- 137/2008. **Planes y fondos de pensiones: propuestas de reforma.** José Luis Monereo Pérez y Juan Antonio Fernández Bernat.
- 138/2008. **Modelos de desarrollo de centros hospitalarios: tendencias y propuestas.** Óscar Moracho del Río.
- 139/2008. **La frontera de la innovación: la hora de la empresa industrial española.** Emilio Huertas Arribas y Carmen García Olaverri.
- 140/2008. **Propuestas para mejorar la calidad de vida en las ciudades.** María Cifuentes, Rafael Córdoba, Gloria Gómez (coord.), Carlos Hernández Pezzi, Marcos Montes, Raquel Rodríguez, Álvaro Sevilla.
- 141/2008. **La evolución de la productividad en España y el capital humano.** Rafael Doménech.
- 142/2008. **Los sindicatos en España frente a los retos de la globalización y del cambio tecnológico.** Holm-Detlev Köhler.
- 143/2009. **La creación del Sistema Nacional de Dependencia: origen, desarrollo e implicaciones económicas y sociales.** Elisa Díaz, Sara Ladra y Néboa Zozaya.
- 144/2009. **Biotecnología para una química verde, respetuosa con el medio ambiente.** José Luis García López.
- 145/2009. **Reinterpretando la rendición de cuentas o accountability: diez propuestas para la mejora de la calidad democrática y la eficacia de las políticas públicas en España.** Eduard Jiménez Hernández.
- 146/2009. **Análisis económico de los efectos de la inmigración en el sistema educativo español.** Javier Salinas Jiménez y Daniel Santín González.
- 147/2009. **Seguridad, transparencia y protección de datos: el futuro de un necesario e incierto equilibrio.** José Luis Piñar Mañas.
- 148/2009. **La protección de la discapacidad en el sistema de Seguridad Social: propuestas de mejora.** Luis Cayo Pérez Bueno y Miguel Ángel Cabra de Luna.
- 149/2009. **El sistema de relaciones sindicales en España: un balance general del marco jurídico y del funcionamiento de la práctica sindical en el sistema social.** Manuel Carlos Palomeque López
- 150/2009. **El papel del “Derecho” en la crisis. Algunos aspectos de la regulación financiera y de las grandes empresas en su relación con la Economía.** Andrés Recalde Castells.
- 151/2009. **Formación de los comunicadores en la era digital.** Manuel Santiago de Aguilar Gutierrez y Pedro Soler Rojas.
- 152/2009. **Rescates y reestructuración bancaria: el caso español.** Santiago Fernández de Lis , Daniel Manzano Romero, Emilio Ontiveros Baeza y Francisco José Valero López.
- 153/2009. **Cláusulas sociales, libre competencia y contratación pública.** Daniel Martínez Fons.
- 154/2009. **Los efectos de los conciertos sobre la eficiencia y la equidad del sistema educativo español.** María Jesús Mancebón Torrubia y Domingo Pérez Ximénez de Embún.
- 155/2009. **Políticas de vivienda en un contexto de exceso de oferta.** Julio Rodríguez López.
- 156/2010. **El modelo de control interno del gasto público estatal. Propuestas de cambio.** Ximena Lazo Vitoria.
- 157/2010. **La flexiseguridad laboral en España.** Fernando Valdés Dal-Ré y Jesús Lahera Forteza.
- 158/2010. **Cuidado parental en la infancia y desigualdad social: un estudio sobre la Encuesta de Empleo del Tiempo en España.** María José González, Marta Domínguez y Pau Baizán.
- 159/2010. **La atención a la dependencia y el empleo.** Ángel Rodríguez Castedo y Antonio Jiménez Lara.
- 160/2010. **La subcontratación empresarial. Hacia un nuevo modelo de regulación.** José Luis Monereo Pérez y Carolina Serrano Falcón.
- 161/2010. **Cambio demográfico y pensiones de la Seguridad Social.** Fidel Ferreras Alonso.